

العنوان:	استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين : دراسة مطبقة على إحدى الجمعيات الأهلية بمحافظة الغربية
المصدر:	المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية (الخدمة الاجتماعية والعدالة الاجتماعية) - مصر
المؤلف الرئيسي:	ناصر، علي يحيى يحيى
المجلد/العدد:	مج 6
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2011
مكان انعقاد المؤتمر:	حلوان
رقم المؤتمر:	24
الهيئة المسؤولة:	كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان
الشهر:	مارس
الصفحات:	2978 - 3067
رقم MD:	114751
نوع المحتوى:	بحوث المؤتمرات
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	مصر ، الشباب ، التدخين ، اتجاهات الشباب ، الجمعيات الأهلية ، محافظة الغربية ، الخدمة الاجتماعية ، الأخصائيون الاجتماعيون ، المشاكل الاجتماعية ، المشاكل الاقتصادية ، المشاكل النفسية ، مكافحة التدخين ، السلوك، الأمراض
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/114751

استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة

لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين

(دراسة مطبقة على إحدى الجمعيات الأهلية في محافظة الغربية)

دكتور

علي يحيى يحيى ناصف

أولاً: مشكلة الدراسة:

تشير المادة الثانية عشر من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٦ كانون الأول/ ديسمبر ١٩٦٦م، إلى أن: "لكل فرد الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والنفسية"، وتشير ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية إلى أن: "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية".^(١)

ويحتل التدخين المرتبة الثانية في قائمة الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم ويتوقع أن يرتفع العدد السنوي للوفيات إلى ثمانية ملايين بحلول ٢٠٣٠م إذا لم يتم اتخاذ إجراءات عاجلة.^(٢) حيث تؤكد اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ على أن تفشي وباء التبغ يعد مشكلة عالمية ذات عواقب وخيمة على الصحة العامة تستدعي قيام أوسع تعاون دولي ممكن ومشاركة جميع البلدان في استجابة دولية فعالة وملائمة وشاملة، حيث يعكس ذلك قلق المجتمع الدولي بشأن العواقب الصحية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية العالمية النطاق المدمر لتعاطي التبغ والتعرض لدخانه. ويعكس قلقاً مماثلاً إزاء زيادة استهلاك وإنتاج السجائر في جميع أنحاء العالم ولا سيما الدول النامية وإزاء العبء الذي يلقيه ذلك على الأسر والفقراء والنظم الصحية الوطنية. وإذ تعترف الاتفاقية بأن القرائن العلمية قد أكدت بشكل لا لبس فيه بأن تعاطي التبغ والتعرض لدخانه يتسببان في الوفاة والمرض والعجز. وإذ تعترف بأن السجائر تخضع لأكثر الأساليب تعقيداً بهدف إيجاد حالة من الاعتماد والإبقاء عليها، وبأن الكثير من المركبات التي تحتوي عليها، وكذلك الدخان المنبعث منها هي عناصر سامة ومسرطنة، فإنها تؤكد على ضرورة بذل الجهود للحد من تلك الظاهرة.^(٣)

هذا وتعد مشكلة التدخين إحدى مشكلات العصر الحالي على مستوى دول العالم بصفة عامة، وليست حكرا على بلد دون آخر ولا هي مشكلة مجتمع بعينه أو أنها تخص قطاعا أو فئة في المجتمع كما أنها لا ترتبط بوقت زمني محدد أو فترة دون غيرها بل أننا أمام مشكلة عامة لا يمكن أن توصف بأنها محددة المعالم. ^(٤) كما يعد التدخين واحدا من الأشكال الأكثر شيوعا من المخدرات الترفيحية، حيث يمارس من قبل أكثر من مليار شخص في غالبية المجتمعات البشرية، حيث تعتبر المخدرات الأخرى محدودة في الاستخدام مقارنة بالتبغ لأنها غالبا ما تكون غير متاحة تجاريا. ^(٥)

ويقدر عدد المتوفين في العالم سنويا من جراء آفة التدخين بحوالي خمسة ملايين شخص. ويعتبر استخدام التبغ هو المسئول الرئيسي عن ما يقرب من وفاة ٤٥٠.٠٠٠ حالة وفاة مبكرة سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية بالإضافة إلى التأثيرات السلبية على صحة كل فرد من أفراد المجتمع. في حين لم تتجاوز ضحايا القنبلة الذرية التي ألقيت على ناجازاكي وهيروشيما ٢٦٠ ألف شخص، وأن ضحايا الإيدز منذ ظهوره عام ١٩٨١م وحتى عام ١٩٩٢م قد بلغت ربع مليون شخص كما ورد في سجل منظمة الصحة العالمية. حيث كشفت البحوث والدراسات عن أن تدخين السجائر يلحق ضررا بالغا بالعمليات العقلية العليا الضرورية لحياة الفرد اليومية مثل (الانتباه والإدراك والتذكر ... الخ) وهو ضرر يماثل الضرر الذي كشفت عنه البحوث كنتيجة للتعاطي المزمن للحشيش. ^(٦)

وتستهلك مصر ٨٠ مليار سيجارة سنويا "فالمصريون ينفقون على التبغ ٥,١ مليون جنيه يوميا وقد تضاعف خلال السنوات الأخيرة، أما الدول العربية فتستورد قرابة ٢٠٠ مليار سيجارة سنويا، غالبيتها من شركات التبغ الأمريكية، وتنفق الدول العربية على التدخين أكثر مما تنفقه على التعليم والصحة. ^(٧) ويؤكد ذلك على خطورة التدخين في الدول النامية "ومنها مصر" في وقت هي في أمس الحاجة إلى جميع الموارد

المالية والمادية والبشرية لدعم جهود التنمية في المجتمع.

ويتكون دخان التبغ من آلاف من المركبات بما في ذلك النيكوتين حيث عرف الكثير من المكونات السمية التي تؤثر على الدماغ، القلب والأوعية الدموية، والنظام الرئوي. وقد أكدت نتائج الدراسات على الآثار السلبية للتدخين لدى الشباب وذلك من خلال عمليات الأكسدة والالتهابات وعمليات تصلب الشرايين، كما تؤثر على النمو العصبي لدى الأطفال وتعمل على تحفيز العمليات العصبية الكامنة في مرض الزهايمر للمسنين، وتؤثر على الجهاز العصبي للأمهات الحوامل وكبار السن. (٨)

ولقد انتبهت الدول المتقدمة مبكراً إلى هذا الخطر الداهم وحرصت على مواجهته على المستوى القومي بخطط واسعة ساهمت فيها أجهزة ومؤسسات مختلفة كالأسر والمؤسسات التعليمية ووسائل الإعلام المختلفة، وعلى الرغم من هذا الاهتمام في الدول المتقدمة بهذا الشأن إلا أنه لم يحظ بنفس القدر من الاهتمام في الدول النامية ويتضح ذلك من أعداد المدخنين التي تزيد فيها بنسبة (٢١%) سنوياً. (٩)

ومن الجدير بالذكر أن كثير من المدخنين يبدأون التدخين في مرحلة المراهقة حيث يعتبر الإحساس بالمتعة مصدراً للتعزيز الإيجابي بينما تجنب أعراض الانسحاب والتعزيز السلبي تصبح الدوافع الرئيسية للمتابعة. (١٠)

وقد قامت مصر بإجراء مسح استخدام التبغ بين التلاميذ في المدارس عام ٢٠٠٩م (GYTS)، حيث تم تطبيق الاستبيان على ٣٤٧٢ طالب تتراوح أعمارهم بين ١٣ : ١٥ عاماً، والذي تضمن معرفة مدي انتشار التدخين والتعرف على خمسة محددات لتعاطي التبغ: الموقف من التدخين، توافر السجائر، التدخين السلبي، وسائل الإعلام والإعلان، التوقف عن التدخين، والمناهج الدراسية. وأكدت الدراسة انتشار تدخين السجائر بين الطلاب حيث كان (١٧,٨%) من الطلاب عينة الدراسة مدخنين، وفيما

يتعلق بالموقف من التدخين اتضح أن (١٢,٥%) من التلاميذ و(٧,٥%) من الطالبات يعتقدون أن الذين يدخنون يبدون أكثر جاذبية. أما فيما يتعلق بتوافر السجائر فإن (٢٥,٤%) من التلاميذ اشتروا السجائر من متجر وأن (٨٨,٧%) من التلاميذ الذين اشتروا السجائر أكدوا أن البائعين لم يسألوهم عن أعمارهم. وفيما يتعلق بالتدخين السلبي أكد (٤٧,٦%) من عينة الدراسة يعيشون في منازل بها مدخنين ويتعرضون لدخان سجائرهم، وأن (٥٢,٢%) يتعرضون لدخان السجائر خارج منازلهم، ويعتقد (٨٥,٥%) أنه يجب منع التدخين في الأماكن العامة، ويعتقد (٧٧,٩%) أن تعرضهم لدخان السجائر من الآخرين يضرهم بشدة، كما أكد (٤٧%) أن أحد والديهم أو كلاهما مدخن، وأن (٧٣%) أكدوا أن معظم أو كل أصدقائهم من المدخنين. أما فيما يتعلق بالتوقف عن التدخين فقد أكد (٦٧,٤%) من المدخنين الحاليين من التلاميذ يرغبون في التوقف عن التدخين، وأن (٩٠,٧%) حاولوا التوقف عن التدخين خلال العام الماضي، وأن (٨٩,٧%) لم يتلقوا مساعدة أبدا للتوقف عن التدخين. وفيما يتعلق بالإعلام والإعلان عن السجائر فقد أكد (٧٨,٨%) أنهم شاهدوا لرسائل إعلامية لمكافحة التدخين، بينما أكد (٦٦,٤%) أنهم شاهدوا لوحات إعلانية للترويج للسجائر خلال الشهر الماضي، كما أكد (٥٥,٤%) أنهم شاهدوا إعلانات ترويج للسجائر في الصحف أو المجلات، كما شاهد (١١,٤%) إعلانات للسجائر مع شعارات لبعض العلامات التجارية، وأكد (١٠,٢%) أنه قد عرضت عليهم سجائر مجانية من مندوبي الدعاية لبعض شركات السجائر. وفيما يتعلق بالمنهج الدراسية فإن (٦١,٤%) قد درسوا العام الماضي موضوعات حول مخاطر التدخين، بينما أكد (٥٤,١%) أنهم قد ناقشوا السنة الماضية الأسباب التي تجعل التلاميذ في سنهم يدخنون. (١١)

ولعل هذا يؤكد على خطورة التدخين بين الشباب وعدم الاهتمام الكافي من المؤسسات الحكومية في

القيام بدورها لتعديل الاتجاهات نحو التدخين، ولذا فمن الممكن أن تقوم الجمعيات الأهلية بدور فعال في تعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين من خلال مشاركتها في برامج مكافحة التدخين.

ويمكن القول بأن نمو المجتمعات وتقدمها وازدهارها يتوقف على الشباب باعتباره من أهم الموارد البشرية للمجتمع وأكثرها طاقة وفاعلية، والموارد البشرية بالنسبة لأي مجتمع من المجتمعات هي الثروة الحقيقية للتنمية. (١٢)

ونظرا لأهمية فئة الشباب نجد أن هناك شبه اتفاق بين معظم الاتجاهات المعاصرة في العلوم الاجتماعية والانسانية حول ضرورة دراسة أوضاع الشباب واتجاهاتهم ومشكلاتهم وقيمهم ودورهم الأساسي في المجتمع. (١٣)

حيث يمثل الشباب ذروة القوي البشرية العاملة والثقل الرئيسي في قوة الإنتاج في أي مجتمع بفضل ما يتميز به من خصائص جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية وهو العنصر المنتج والمستهلك في أن واحد، كما أنه يعتبر العامل الفعال في أي تخطيط اجتماعي أو اقتصادي سواء كان ذلك من ناحية الكم ومن ناحية الكيف. (١٤)

وتعني مشكلات الشباب: "المواقف والحالات التي يقف أمامها الشباب ويعجزون عن مواجهتها بمفردهم، ولذلك يلجأون إلى الاختصاصي الاجتماعي أو الاختصاصي النفس أو المتخصص الطبي طالبين المساعدة بعد أن أصبحوا في ضيق وقلق، مما قلل من فاعليتهم وحيويتهم وأثر على إنتاجهم سواء في المدرسة أو البيت أو العمل، وأصبحوا عاجزين عن أداء أدوارهم الاجتماعية في المجتمع". (١٥)

هذا وتعتبر مشكلة التدخين إحدى المشكلات التي تعترض فئة الشباب وتؤثر على كافة جوانب حياتهم "الجسمية، النفسية، الاجتماعية، والاقتصادية" وهو الأمر الذي يتطلب التدخل لتعديل اتجاهاتهم حول هذه

المشكلة، لذا فمن الأهمية أن تظهر مهنة الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تساهم بطرائقها المختلفة في ضرورة التعامل والتجاوب مع هذه المشكلات من خلال التدخل المهني للحد من المخاطر التي تترتب على التدخين. ولهذا تكتسب خدمة الجماعة أهمية خاصة باعتبارها إحدى طرق الخدمة الاجتماعية التي يمكن أن يكون لها دور فعال في علاج تلك المشكلة، حيث أنها تهدف بصفة أساسية إلى "إحداث تغيرات اجتماعية مرغوبة، واستثمار أقصى ما لدي الإنسان من قدرات للوصول إلى مستويات اجتماعية لائقة، من خلال تعديل الاتجاهات السلبية وتدعيم الاتجاهات الإيجابية".

ويعرف "ألبرت" الاتجاه بأنه: حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي النفسي ينتظم خلاله خبرة الشخص وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد وتجميع الموضوعات والمواقف حتى تستفيد هذه الاستجابة. (١٦)

حيث يتدخل أخصائي الجماعة مع الأعضاء لتعديل اتجاهاتهم مستخدماً عدد من النماذج الملائمة لطبيعة أعضاء الجماعة التي يعمل معها والهدف الذي تسعى لتحقيقه، ويعتبر نموذج التركيز على المهام شكل من أشكال ممارسة الخدمة الاجتماعية ظهر في بداية السبعينيات من القرن العشرين، حيث تم عرض هذا النموذج في كتاب "وليام ريد" William Ried و"لورا ابستين" Laura Epstein ١٩٧٢ م. (١٧)

ويعتمد هذا النموذج على المساعدة قصيرة المدى واستخدام إمكانيات الأفراد ومساعدتهم على استثمار قدراتهم في تنفيذ مجموعة من المهام التي تؤدي إلى مواجهة مشكلاتهم، لذا يعتبر الأفراد هم بؤرة الاهتمام في عملية المساعدة، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدتهم على إنجاز المهام التي تم الاتفاق عليها لتحقيق التغييرات المطلوبة، كما يقوم بمساعدتهم على اجتياز العقبات التي قد تواجههم أثناء إنجازهم لتلك المهام. (١٨) ويتميز هذا النموذج بأنه من النماذج التي تختصر الوقت والجهد، وهذا يتفق مع ما تنادي

به اتجاهات الممارسة الحديثة، واتساقا مع سمة العصر من ضرورة الاقتصاد في الوقت والجهد وبصفة خاصة عند التعامل مع فئة الشباب، حيث لا يعتمد هنا النموذج على تكنيك معين ولكن يقوم على النظرية الانتقائية في التدخل، مما يتيح اختيار الحلول المناسبة للمشكلات المختلفة. ويسعي نموذج التركيز على المهام إلى تحقيق هدفين أساسيين هما: (١٩)

- مساعدة الأعضاء على حل مشكلاتهم التي هي محور تركيزهم.

- إعطاء الأعضاء خبرات جديدة ومتطورة ترتبط بتنمية قدراتهم المستقبلية للتعامل مع الصعوبات التي تواجههم وتقف حائلا أمام تحقيق رغباتهم.

ويستخدم نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة بوصفه أحد النماذج التي يمكن الاعتماد على معطياته النظرية في مساعدة الأعضاء الذين يعانون من مشكلات تؤثر على حياتهم وعلى أدائهم لأدوارهم من خلال استخدام إمكانياتهم ومساعدتهم على استثمار قدراتهم لإنجاز مهامهم، فضلا على أنهم بؤرة الاهتمام في عملية المساعدة. (٢٠)

وعلى الجانب الميداني التطبيقي توجد العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع استخدام نموذج التركيز على المهام وموضوع تعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين بصورة مباشرة أو غير مباشرة، ويمكن تقسيم تلك الدراسات إلى:

الدراسات المرتبطة بموضوع التدخين، ومنها ما يلي:

دراسة "سوسن عبد الونيس" ١٩٩٢م والتي هدفت إلى اختبار فعالية الاتجاه السلوكي من خلال ممارسة تكنيكي الانطفاء التدريجي، والتدعيم الإيجابي للتعامل مع التلميذ المدخن كي يقلع عن التدخين أو يقلل من معدلاته. وتنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات التجريبية التي استخدمت منهج تجريب الحالة الفردية

باستخدام تصميم الإيقاف، وقد طبقت على عينة من تلاميذ تتراوح أعمارهم بين ١٢ : ١٥ عام، وقد اعتمدت تلك الدراسة على مقياس المثيرات السلوكية المرتبطة بتدخين السجائر، جدول يبين عدد مرات التدخين اليومي، قياس طبي لنسبة النيكوتين في جسم التلميذ المدخن. وقد أسفرت تلك الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى مما يؤكد فاعلية الاتجاه السلوكي في علاج هذه المشكلة من خلال استخدام تكتيكي الانطفاء التدريجي والتدعيم الإيجابي. (٢١)

ودراسة "ديولت مارك" ١٩٩٢ م. Dewalt. Mark W. التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين مشاركة الشباب في الأنشطة الاجتماعية والحد من استخدام التبغ والكحول والمخدرات الأخرى، وقد تم تطبيق استطلاعات لعينة ممثلة على مستوى قومي لعدد ٢٤٥٩٩ طالب في ١٠٣٥ مدرسة. وقد شمل التحليل مجموعة من العناصر التي تؤثر على تعاطي التبغ والتي تتضمن: الحالة الاجتماعية والاقتصادية، مشاركة الشباب في المؤسسات الاجتماعية، عدد ساعات مشاهدة التلفزيون، متابعة أولياء الأمور. وقد تبين من نتائج تلك التحليلات إلى أن المشاركين في المؤسسات الاجتماعية مثل "جماعات الكشف"، جمعية الشبان المسيحية، النوادي، أندية "4H Clubs"، كانوا أقل ميلا لاستخدام السجائر من غير المشاركين في تلك المؤسسات. (٢٢)

ودراسة "دانالين" ١٩٩٣ م Dananlyne التي أكدت نتائجها أن الأصدقاء المدخنين من أهم الأسباب التي تدفع المراهق إلى التدخين، وان انخفاض الدعم الأسري والمعاودة الأسرية يؤدي بالمراهق إلى الاكتئاب الأمر الذي يدفع به إلى التدخين، بالإضافة إلى أن تدخين الأب والأخوة الأكبر سنا يلعب دورا في غاية الأهمية في تدخين المراهق ويساعد على التنبؤ باتجاه المراهق نحو التدخين. (٢٣)

ودراسة "كاثرين" ١٩٩٤ م Kathryn التي خلصت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط

اليومية وتدخل السجائر، علاوة على أن الدعم الاجتماعي للتدخل من العوامل الدافعة للتدخل. (٢٤)

دراسة "فالينتش ماري ١٩٩٤ م Velentich Mary التي هدفت إلى التعرف دور الخدمة الاجتماعية في تنمية سلوك عدم التدخل في المجتمع الحر، وتوصلت نتائجها إلى أن الخدمة الاجتماعية يمكن أن تلعب دور فعال في تنمية مجتمع غير مدخن. (٢٥)

ودراسة "اوبرن وزملاؤه" ٢٠٠٢ م. Obyrne K. Haddock et al التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أسلوب المعاملة الوالدية وسلوك التدخل لدى المراهقين، وقد استخدمت تلك الدراسة الوصفية استبيان خاص بالتدخل واستبيان خاص بأسلوب الآباء "في النسخة الموجزة لمقياس تكوين الأسرة" Family of Origin Scale، وطبقت على عينة قوامها ٨١٦ طالب بلغ متوسط أعمارهم ١٥,١ عام. وقد أظهرت نتائجها أن أسلوب المعاملة الوالدية يمثل عاملاً مستقلاً خطراً وهاماً للعودة للتدخل وكذا لبدء التدخل، إلا أنها لم تظهر قوة العلاقة بين أسلوب المعاملة الوالدية وتدخل المراهقين. (٢٦)

ودراسة "زينب محمد سالم" ٢٠٠٢ م التي خلصت لمجموعة من الدوافع تؤدي لتدخل السجائر بين الطلاب تمثلت في: أصدقاء السوء، الاعتقاد الخاطئ بأن التدخل دليل على الرجولة، تفكك العلاقة بين الأب والأم، عدم منع بيع السجائر للأطفال، عدم وجود قوانين مشددة تطبق لمنع التدخل، التدليل الزائد وعدم المحاسبة، زيادة مصروف الطالب عن حاجته، عرض التلفزيون لبعض الأفلام التي تشجع على التدخل، سهولة الحصول على السجائر، الشعور بالسعادة عند التدخل أمام الجنس الآخر. (٢٧)

ودراسة "حنان حسن أحمد" ٢٠٠٤ م التي أوضحت نتائجها أن المراهقات يدركن أن التدخل ضار بالصحة وأن آثاره سيئة ويرفضون فكراً الاتجاه نحو التدخل، والنسبة الأكبر ممنهن لديها ميل سلبي نحو تدخل الفتيات، وأكدت الفتيات ارتباطهن بالقيم المجتمعية التي ما زالت تنظر إلى سلوك الفتاة المدخنة على

أنه سلوك غير مقبول. (٢٨)

ودراسة "فريد على فايد" ٢٠٠٦م التي هدفت إلى اختبار مدي نجاح أسلوب لعب الدور في مساعدة طلاب التعليم الثانوي الفني التجاري في التخلي عن التدخين أو خفض معدلاته، حيث أكدت نتائجها الدراسة على فعالية استخدام أسلوب لعب الدور في مساعدة طلاب التعليم الثانوي الفني التجاري في التخلي عن التدخين أو خفض معدلاته. (٢٩)

ودراسة "أماني البيومي درويش" ٢٠٠٦م التي هدفت إلى التحقق من فاعلية استخدام تكنيكات المناقشة الجماعية لتعديل سلوك المدخنين لمساعدتهم على الإقلاع عن التدخين أو الإقلال من معدلاته. وتعتبر تلك الدراسة من الدراسات التجريبية، حيث تم تطبيقها على ١٢ مدخن من المدخنين المنضمين لوحدة التدخين بمستشفى أم المصريين العام، وقد اعتمدت الدراسة على أدوات: مقياس الاتجاه نحو التدخين، التقارير الدورية، وقد توصلت نتائجها إلى التحقق من فاعلية استخدام تكنيكات المناقشة الجماعية لتعديل سلوك المدخنين لمساعدتهم على الإقلاع عن التدخين. (٣٠)

ودراسة "كاليل باتريكا وآخرون" ٢٠٠٧م Chalela & Others Patricia التي أكدت نتائجها على ضرورة أخذ الفروق الفردية بعين الاعتبار عند وضع السياسات الرامية إلى مكافحة التدخين وبخاصة عوامل: طبيعة إدمان النيكوتين، تأثير الأقران، استراتيجيات تدعيم التغيير في الاتجاه السلبي نحو التدخين، مهارات الشباب لمقاومة الضغوط الاجتماعية والبيئية للتدخين، تدابير لتنفيذ الإجراءات القضائية لمنع بيع السجائر للقاصرين. (٣١)

ودراسة "دينيس سميث وآخرون" ٢٠٠٨م Smith. Dennis W. & Others التي هدفت إلى الإجابة على تساؤل رئيسي مؤداه: لماذا يدخن الشباب؟ وذلك حتى تكون تلك العوامل هي الأساس في

برامج الإقلاع عن التدخين، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن هناك ثمانية عوامل رئيسية تتمثل في التالي: (العوامل المحفزة، العوامل النفسية، العوامل الاجتماعية، الشعور بالمتعة، العوامل المساعدة، التعود، ضغوط الأقران، والقدرة على الاستقلال). وقد تم تطبيقها على جميع المراهقين القاصرين المسجلين في برنامج وقف التبغ وعددهم ٢٥١ مراهق، وتم التأكيد على فاعلية استخدام المدخل المعرفي السلوكي لوقف تدخين المراهقين مع مراعاة متغيرات: "النوع والجنس والأصل والسن". (٣٢)

ودراسة "أرورا مونيكا وآخرون" ٢٠٠٨م Arora. Monika & Others التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تعرض التلاميذ للتسويق التبغ بصورة مختلفة وميلهم النفسي والاجتماعي نحو التدخين، وقد أكدت نتائج الدراسة على خطورة تعرض التلاميذ لأساليب الدعاية والإعلان للتبغ والحاجة إلى تعزيز السياسات والبرامج القائمة للحد من تأثير مثل هذه التعرضات. (٣٣)

ودراسة "كاسبجلو اوزركمين ٢٠٠٨م" Ozerkmen; Kasapoglu التي هدفت إلى مناقشة العلاقة بين عدد من المتغيرات النفسية والاجتماعية للشباب وإمكانية التنبؤ بسلوك التدخين لديهم، وقد تحددت تلك المتغيرات في: الخصائص الاجتماعية والديموجرافية (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، المستوى التعليمي)، الحالة الدراسية (نوع الدراسة، التحصيل الدراسي، البيئة المدرسية، والتوقعات المستقبلية)؛ والسلوكيات الصحية المعززة للحد من مخاطر التدخين (التغذية الصحية، الأنشطة البدنية، المخاطر المترتبة على التدخين وتعاطي الكحول، وأنماط التدخين في الأسرة، الرضا عن الحياة). حيث تم تطبيق الاستبيان على ٣١٠ شاب وفتاة ممن تتراوح أعمارهم بين ١٩ : ٢٠ منهم (٤١,١%) من الذكور و(٥١,٩%). وأكدت توصيات الدراسة على ضرورة مراعاة تلك المتغيرات النفسية والاجتماعية عند وضع برامج التوعية بمخاطر التدخين للشباب. (٣٤)

ودراسة "بوليس هانا وآخرون" ٢٠٠٩م Bowles. Hannah & Others التي هدفت إلى مقارنة فاعلية برنامج لتوعية الشباب المشاركين في بعض "المدارس والكلليات ومراكز الشباب" لخفض أو وقف التدخين. وقد تم تنفيذ البرنامج لمدة ٦ أسابيع على مجموعة شباب تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ٢٣ عام. حيث تم تقسيم المشاركين إلى ٢٢ مجموعة إجمالي ٢٦٣ شاب وفتاة، وقد تم قياس التغيرات في الأبعاد المرتبطة بالتدخين: (مقدار الإنفاق الأسبوعي على السجائر، المعارف حول التدخين، المواقف تجاه التدخين، الدافع لإنهاء أو خفض التدخين، وأسلوب الإنهاء أو خفض). وتحليل محتوى التقارير الدورية أشارت النتائج إلى حدوث تغيير إيجابي في موقف المشاركين في البرنامج تجاه الإقلاع عن التدخين وإن حوالي (٧٩%) من الحضور كانوا أكثر تصميمًا على إنهاء التدخين، وأشارت إلى أن الفروق بين "المدارس والكلليات ومراكز الشباب" ترجع إلى: (سهولة الوصول لمقر الاجتماع، ملائمة مكان الاجتماع؛ ملائمة محتوى الدورات؛ البيئة المساندة لتدعيم محاولة إنهاء التدخين؛ وجمع البيانات والتقييم). (٣٥)

ودراسة "ويل كيري" ٢٠١٠م Whipple. Kerry & Others التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تنفيذ سياسات منع التدخين داخل الحرم الجامعي والحد من آثاره المختلفة، والتي أظهرت نتائجها أن تنفيذ سياسات منع التدخين في الحرم الجامعي قد أدت لحدوث تغييرات إيجابية في الحد من انتشار التدخين بالجامعة بين المدخنين وغير المدخنين على حد سواء. (٣٦)

ودراسة "تورابي محمد وآخرون" ٢٠١٠م Torabi. Mohammad R & others التي هدفت إلى تحديد العلاقة بين التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات الأخرى، والتي أكدت نتائجها أن هناك علاقة بين التزايد في استخدام السجائر وبين تعاطي الكحول والمخدرات الأخرى مع مراعاة تأثير العوامل الديموجرافية والايكولوجية على انتشار التعاطي بين طلاب المدارس بما في ذلك: نوع التعليم، التزام المدارس بتنفيذ

سياسات منع التدخين. (٣٧)

ودراسة "جيير وبوجنر" ٢٠١٠م. Geier. Christine S. & Bogner. Franz التي هدفت إلى المقارنة بين التدخل المتمركز حول الطالب في مجموعات عمل بيئات دراسية "داخل وخارج الفصول" للتعرف على مخاطر التدخين. وقد تم تقييم النتائج باستخدام مجموعة اختبارات معرفية أظهرت أن المجموعة التجريبية خارج الفصول الدراسية قد أظهرت قدرا أكبر من الفهم حول مخاطر التدخين. (٣٨)

الدراسات المرتبطة باستخدام نموذج التركيز على المهام، ومنها ما يلي:

دراسة "حياة رضوان علي" ١٩٩٣م التي توصلت إلى أن هناك علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين ممارسة نموذج التركيز على المهام والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لمرضي سرطان المثانة، حيث حقق النموذج فعالية في التوافق الاجتماعي والأسري، والعمل على تقدير الذات وهذا يثبت فعالية النموذج في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لمرضي المثانة. (٣٩)

ودراسة "محمد سيد فهمي" ١٩٩٥م التي أكدت على وجود علاقة إيجابية بين ممارسة نموذج التركيز على المهام وتهيئة الفتيات المفرج عنهن للتوافق مع البيئة، حيث حقق النموذج فعالية في تدعيم الاتجاه نحو الأمانة، وتعزيز القدرة على تحمل المسؤولية الاجتماعية، إلى جانب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية وأخيرا تدعيم الاتجاه نحو الصدق وتدعيم الذات. (٤٠)

ودراسة "نورهان منير" ٢٠٠١م التي أكدت على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين برنامج التدخل المهني لأخصائي الجماعة باستخدام نموذج التركيز على المهام وتنمية المهارات الاجتماعية للمكفوفين، والتي منها مهارة تكوين العلاقات، ومهارة الاعتماد على الذات، ومهارة السيطرة على المشاعر، ومهارة التعامل مع المواقف الجماعية. (٤١)

ودراسة "علي على التمامي" ٢٠٠٥م التي أكدت على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التدخل المهني لأخصائي خدمة الجماعة باستخدام نموذج التركيز على المهام والتخفيف من حدة مشكلات فتيات مدارس الفصل الواحد، حيث تحققت فعالية النموذج في زيادة الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية، والتخفيف من بعض السلوكيات السلبية "مثل الأنانية والألفاظ الشاذة"، وزيادة مشاركة هؤلاء الفتيات في ممارسة الأنشطة المتعددة داخل المدرسة. (٤٢)

ودراسة "باتين كريستا وآخرون ٢٠٠٩م" Patten. Christi A. & Others، التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج للتوقف عن التدخين باستخدام جماعات التركيز على المهام لدى الشباب، وقد تم تطبيق البرنامج على (٤٩) شخص متوسط أعمارهم ١٤,٦ منهم (٦١%) من الإناث وقد تم تقسيمهم إلى (١٢) مجموعة. وقد تم استخدام بعض أساليب التدخل المهني التي ثبتت فعاليتها في البرنامج ومنها: (أسلوب سرد القصص الشخصية للمقلعين عن التدخين، التوعية بالآثار الصحية الضارة للتدخين، تحسين صورة الذات لدى الشباب). وقد ثبتت فاعلية البرنامج في تحقيق أهدافه كما تم استخدام الشباب كنموذج للعائلة والأصدقاء يحتذي به للتوقف عن التدخين، وقد تم استخدام أولياء الأمور والمتخصصين والأدوية كعوامل داعمة لنجاح البرنامج. (٤٣)

ودراسة "توفيق نصحي علي" عام ٢٠١٠م التي أكدت على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة والتخفيف من حدة بعض المشكلات الاجتماعية للشباب حيث تحققت فعالية النموذج في التخفيف من حدة مشكلات (سوء العلاقات الاجتماعية، انتشار العنف اللفظي، اللامبالاة بتحمل المسؤولية الاجتماعية) بين الشباب المترتبة على استخدامهم للفصائيات والانترنت. (٤٤)

وحيث أن العلم تراكمي لا يبدأ من فراغ، فإن الدراسات السابقة فقد أفادت الباحث عند تناوله للدراسة الراهنة، فيما يلي:

- يتضح من استعراض الدراسات والبحوث العلمية التي ركزت على "مشكلة التدخين" أن غالبية هذه الدراسات قد سعت إلى التعرف على الأسباب والعوامل التي تدفع إلى التدخين: (ديولت مارك ١٩٩٢م Dewalt. Mark W.، دانالين ١٩٩٣م Dananlyne، كاثرين ١٩٩٤م Kathryn، اوبرن وزملاؤه ٢٠٠٢م Obyrne K. Haddock et al.، زينب محمد سالم ٢٠٠٢م، كاليا باتريكا وآخرون ٢٠٠٧م Chalela. Patricia & Others، أروا مونيكيا وآخرون ٢٠٠٨م Arora. Monika & Others، كاسبجلو اوزركمين ٢٠٠٨م Ozerkmen; Kasapoglu، تورابي محمد وآخرون ٢٠١٠م. Torabi. Mohammad R. & Others). بينما سعي البعض الآخر إلى تقديم "برامج للتدخل المهني للحد من مخاطر التدخين": (سوسن عبد الونيس ١٩٩٢م، فالينتتش ماري ١٩٩٤م Velentich Mary، حنان حسن أحمد ٢٠٠٤م، فريد على فايد ٢٠٠٦م، أماني البيومي ٢٠٠٦م، دينيس سميث وآخرون ٢٠٠٨م Dennis W. Smith. & Others، بوليس هانا وآخرون ٢٠٠٩م. Bowles Hannah & Others، وييل كيري ٢٠١٠م Whipple. Kerry & Others، جيري كرسيتين وبوجنر فرنز ٢٠١٠م Bogner. Franz. & Geier. Christine S.). ويتضح من استعراض الدراسات والبحوث العلمية التي ركزت على "نموذج التركيز على المهام" أنها اتفقت فيما بينها على فعالية استخدام النموذج في تحقيق اهداف التدخل المهني إلا أنها اختلفت في الفئة المستهدفة من الدراسة حيث كانت فئة مرضي سرطان المثانة "حياة رضوان علي" ١٩٩٣م أو الجانحات بعد الإفراج عنهن "محمد سيد فهمي" ١٩٩٥م، أو المكفوفين "نورهان منير" ٢٠٠١م، أو فتيات مدارس الفصل الواحد "علي التمامي" ٢٠٠٥م، المراهقين - المدخنين

"باتين كريستا وآخرون ٢٠٠٩م" Patten. Christi A. & Others، أو الشباب المعرض للمشكلات

الاجتماعية المترتبة على التحديات العالمية المعاصرة "توفيق نصحي" ٢٠١٠م.

• ويلاحظ أنه لا توجد أي دراسة - في حدود علم الباحث - قامت بمحاولة استخدام نموذج التركيز على

المهام لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين من منظور طريقة خدمة الجماعة.

• وبصفة عامة يمكن أن نلخص ما استفادته الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في:

- ساعدت دراسات (ديولت مارك ١٩٩٢م Dewalt. Mark W.، دانالين ١٩٩٣م Dananlyne،

كاثرين ١٩٩٤م Kathryn، "اوبرن وزملاؤه ٢٠٠٢م" Obyrne K. Haddock et al.، "زينب محمد

سالم" ٢٠٠٢م، كاليلا باتريكا وآخرون ٢٠٠٧م Chalela. Patricia & Others، أرورا مونيكا

وآخرون ٢٠٠٨م Arora. Monika & Others، كاسبجلو اوزركمين ٢٠٠٨م " Ozerkmen;

Kasapoglu، تورابي محمد وآخرون ٢٠١٠م Torabi. Mohammad R. & Others) الباحث في

تحديد محتوى سلوك التدخين وابعاده المختلفة والمخاطر المترتبة عليه.

- ساعدت دراسات (حياة رضوان على ١٩٩٣م، محمد سيد فهمي ١٩٩٥م، نورهان منير ٢٠٠١م، باتين

كريستا وآخرون ٢٠٠٩م. Patten. Christi A. & Others، توفيق نصحي ٢٠١٠م) الباحث في

تحديد أبعاد نموذج التركيز على المهام.

- أفادت دراسات (سوسن عبد الوئيس ١٩٩٢م، فالينتتش ماري ١٩٩٤م Velentich Mary، حنان

حسن أحمد ٢٠٠٤م، فريد على فايد ٢٠٠٦م، أماني البيومي ٢٠٠٦م، دينيس سميث وآخرون ٢٠٠٨م

Bowles. Hannah & Dennis W. Smith. & Others، بوليس هانا وآخرون ٢٠٠٩م

Others، وييل كيري ٢٠١٠م Whipple. Kerry & Others، جيري كرسطين وبوجنر فرنز ٢٠١٠م.

Bogner. Franz X. & Geier. Christine S. في تحديد فروض الدراسة، والمقياس الذي

استخدمه الباحث، وفي بناء برنامج التدخل المهني لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين.

- ساعدت الدراسات السابقة الباحث على صياغة مشكلة الدراسة وتحديد أهدافها، وبلورة مفاهيمها، وكذا في تحديد الإجراءات المنهجية، بالإضافة إلى إثراء التحليل الذي انتهت إليه نتائج هذه الدراسة.

ومن الجدير بالذكر أنه نتيجة لملاحظات الباحث الميدانية لانتشار سلوك التدخين بين الشباب وكأنه أصبح ظاهرة طبيعية رغم المخاطر الجمة التي تترتب على ذلك السلوك، ونتيجة لحضوره الدورة التدريبية لكوادر الجمعيات الأهلية التي نظمها صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لوزارة الأسرة والسكان بمقر الصندوق بالقاهرة في الفترة من ٦ إلى ٨ ابريل ٢٠١٠م لنشر الوعي بمخاطر التدخين،^(٤٥) حيث عمقت إدراكه لخطورة تلك المشكلة وأكدت لديه الرغبة في المشاركة في الجهود المبذولة للحد من مخاطرها، وانطلاقاً من الملاحظات الميدانية للباحث وفي ضوء ما سبق عرضه من أدبيات ترتبط بموضوع تدخين الشباب، وبالرجوع لنتائج الدراسات السابقة فقد تحددت مشكلة الدراسة على النحو التالي:

العلاقة بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة

وتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين

ثانيا: أهمية الدراسة:

١- أن الشباب المصري يمثل ثقلا كميا ونوعيا، ولذلك يبدو اعتبار الشباب نصف الحاضر وكل المستقبل أكثر من مجرد شعار يمكن تفرغه من معناه، حيث يمثل الشباب حوالي (٥٩,٣%) من اجمالي تعداد السكان في مصر، ولذا فهناك اهتمام معاصر بين مختلف فروع الدراسات الانسانية والعلوم الاجتماعية بدراسة أوضاع الشباب واتجاهاتهم وقيمهم ودورهم في المجتمع، ويكاد هذا الاتجاه يكون عالميا، حيث أوصي البعض بضرورة أن ينصب اهتمام الدراسات العلمية على التوصل إلى نماذج علمية من شأنها تحديد الدور الاجتماعي للشباب وتكشف عن توجهات الشباب نحو المستقبل، باعتبارهم أكثر فئات المجتمع استعدادا لتقبل التغيير. (٤٦)

٢- ما أكدت عليه العديد من الدراسات والبحوث العلمية السابقة من الآثار المدمرة للتدخين على مختلف جوانب الشخصية "الجسمية، النفسية، العقلية، الاجتماعية"، وهو الأمر الذي يتطلب محاولة التدخل المهني للحد من مخاطر التدخين.

٣- أهمية استخدام نماذج الممارسة المهنية الحديثة في خدمة الجماعة والتي منها نموذج التركيز على المهام وذلك بسبب تركيزه في التعامل مع المشكلة في الوقت الحاضر دون النظر للماضي، إلى جانب أنه يتيح الفرصة للشباب لتعلم كيفية التخطيط والتنفيذ للمهام التي تتفق مع رغباتهم وميولهم والتي قد تساعدهم على تعديل اتجاهاتهم.

٤- تأتي هذه الدراسة كمحاولة علمية لاختبار العلاقة بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق هدف رئيس مؤداه: "التحقق من فعالية نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة في تعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين".

ويمكن تحقيق هذا الهدف الرئيسي من خلال تحقيق مجموعة من الأهداف الفرعية التالية:

١- التحقق من فعالية نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة في تعديل الجانب الفكري للشباب نحو التدخين.

٢- التحقق من فعالية نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة في تعديل الجانب الانفعالي والوجداني للشباب نحو التدخين.

٣- التحقق من فعالية نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة في تعديل الجانب السلوكي للشباب نحو التدخين.

رابعاً: فروض الدراسة:

تسعى الدراسة إلى التحقق من صحة فرض رئيسي مؤداه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين".

ويمكن التحقق من صحة هذا الفرض الرئيسي من خلال محاولة إثبات صحة الفروض الفرعية التالية:

١- من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل الجانب الفكري للشباب نحو التدخين.

٢- من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل الجانب الانفعالي والوجداني للشباب نحو التدخين.

٣- من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل الجانب السلوكي للشباب نحو التدخين.

خامسا: مفاهيم الدراسة واطارها النظري:

يعالج الإطار النظري للدراسة الموضوعات التالية:

- الأبعاد العلمية للتدخين: (المفهوم- مكونات التبغ ودخانه- أسبابه وعوامل الاستمرار- آثاره- التشريعات الدولية والمحلية لمكافحة التدخين).
- الأبعاد العلمية لنموذج التركيز على المهام؛ (المفهوم- افتراضاته- تكتيكاته).
- الأبعاد العلمية للاتجاهات: (المفهوم- بناء الاتجاه).
- الأبعاد العلمية للشباب: (المفهوم- خصائص مرحلة الشباب).

الأبعاد العلمية للتدخين:

(أ) مفهوم التدخين

يشير قاموس فيرتشيلد Fairchild إلى مفهوم التدخين على أنه: "استنشاق الدخان الناتج عن

احتراق التبغ".^(٤٧) والتدخين هو: "استنشاق دخان التبغ بعد حرقه"، فهو فعل المدخن إذا أشعل السيجارة

أو الغليون وامتص الدخان. ثم أصبح لفظ الدخان يطلق على التبغ ذاته (مادة التدخين) بالغلبة وكثرة الاستعمال (٤٨)

وتعرف إدارة الثقافة الصحية التدخين بأنه: "استنشاق وابتلاع الدخان الناتج عن احتراق أوراق التبغ المحمل بعدد كبير من المركبات الكيميائية. (٤٩)

ويقصد بالتدخين في الدراسة الحالية: "عادة تناول الشاب السجائر المصنوعة من التبغ بشكل يومي بإرادته وبشكل منتظم لمدة شهر على الأقل مع عدم قدرته على الإقلاع عنه رغم معرفته بأضراره."

(ب) مكونات التبغ ودخانه:

أن دخان السجائر يحتوي على أكثر من أربعة آلاف مركب كيميائي، وقد تم التعرف على أكثر من ثلاثمائة مادة من تلك المركبات، منها خمسون مادة تقريبا من المواد المسرطنة، والجدير بالذكر أن قسما من هذه المواد موجود في ورق التبغ الطبيعي، اما القسم الآخر فيتكون نتيجة احتراق التبغ بإشعال السيجارة. أما أهم مكونات الدخان الضارة فهي: (٥٠)

١- النيكوتين:

هو مادة سامة ومسببة للإدمان، ويعد من أشد السموم التي عرفها الإنسان، فالجرعة القاتلة منه مليغرام واحد لكل كيلو غرام في جسم الإنسان، ويقول تقرير الكلية الملكية للأطباء ١٩٧٧ ما أن كمية النيكوتين الموجودة في سيجار واحد كفيلة بقتل إنسان في أوج صحته لو تم حقنها في الوريد"، وفي السيجارة الواحدة التي تزن في المتوسط (٠,٨ غ) من التبغ توجد كمية من النيكوتين تتراوح بين (٩ : ١٧ مغ). وللنيكوتين تأثير على العديد من أجهزة الجسم نتيجة انتشاره السريع، فهو يؤثر تأثيرا سيئا على القلب

والأوعية الدموية، والقناة الهضمية، والكبد والكلبي، وله تأثيره المعقد على الجهاز العصبي، فالجرعة الأولى منه تعمل كمنشط قوي للدماغ، بينما الجرعات التي تليها فلها تأثير مسكن.

٢- القطران والمواد المسرطنة:

يحتوي دخان السجائر على (٥٠) مادة مسرطنة تقريبا، وهي من حيث التأثير قسمان: الأول: مواد مسرطنة ذات تأثير إنشائي "أي يحدث السرطان"، الثاني: مواد مسرطنة منشطة "أي تنشيط العمليات السرطانية، التي تنشئها القسم الأول"

٣- أول أكسيد الكربون وغازات سامة أخرى ومنها:

ومنها " ثاني أكسيد الكربون، سيانيد الأيدروجين، ثالث أكسيد الزرنيخ، وكبريتيد الأيدروجين"، حيث يعد أول أكسيد الكربون أخطر هذه الغازات ونسبته في الدخان السيجارة تتراوح بين (١ - ٥٥%). وتأثير خطورة أول أكسيد الكربون - إضافة إلى سميته - من منافسته الشديدة للأوكسجين، فهو يتحد مع الهيموجلوبين بنسبة (٢١٠) أضعاف قابلية الأوكسجين، فمن يدخن (٢٠) سيجارة يوميا يفقد (٥- ١٠%) من الهيموجلوبين لاتحاده مع أول أكسيد الكربون؛ وسيضطر الجسم لزيادة عدد الكريات الحمراء لتعويض نقص الأوكسجين، مما يؤدي إلى لزوجة الدم، مما يؤدي لجلطة الشرايين.

٤- المواد المهيجة والمخرشة:

إضافة إلى المواد السابقة الذكر يوجد في دخان السجائر أكثر من عشرين مادة من الأحماض العضوية المختلفة ومنها بعض المواد السامة مثل: "الأسيتيلين، والكحول الميثيلي"

(ج) أسباب التدخين وعوامل الاستمرار فيه:

(١) العوامل الاجتماعية: تتعدد العوامل الاجتماعية المؤدية للتدخين ومنها: (٥١)

١- التقليد (القدوة السيئة):

حيث يقوم المراهقين والشباب بمحاكاة الكبار المدخنين واتخاذهم قدوة لهم، في المجالات التالية:

- الأسرة: وجود شخص مدخن أو أكثر في الأسرة يغري بقية أفرادها بالتدخين، وقد أثبتت الإحصائيات أن الطفل الذي لا يدخن أبواه أقل عرضة للتدخين من الذي يدخن أبواه أو أحدهما.
- الشارع: أن وجود شخص أو أكثر أو مجموعة الزملاء (الشلة) يغري ويشجع بقية أفرادها على التدخين، ليثبت بذلك رجولته، وصدق انتمائه إلى المجموعة.
- المدرسة: كلما قل عدد المدرسين المدخنين قلت نسبة المدخنين بين الطلبة، والعكس صحيح.
- الممثلون: والذين لا تكاد تغادر السيجارة شفاههم، مما يؤدي إلى الافتتان بالتدخين وأنه سر النجاح.
- حب الاستطلاع والمغامرة: تدفع الأطفال والمراهقين لتجربة تدخين السيجارة.
- المناخ العام: كلما كان المناخ مشجعاً على التدخين كلما زاد الإقبال عليه والعكس صحيح، فالمجتمع الذي يتميز بتمسك أبناؤه بتعاليم دينهم فإن ذلك بمثابة حصانة ضد أي انحراف. وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات أن غياب الإرشاد الديني كان من العوامل التي تدفع المراهق إلى التدخين.

٢- الإعلان (الدعاية):

أن قوة الإعلان تضيف على التدخين صفة الحداثة، والعصرية، والنضج، ولها تأثير بالغ في نفوس المراهقين وعقولهم، ومن مظاهره:

- الحكايات الشعبية: التي كانت تقوم قديما مقام أجهزة الإعلام المعاصرة، وهي تدور حول معني: "أن التدخين صفة من صفات الرجولة والكرم".
- أجهزة الإعلام: مع أن القوانين منعت الإعلان المباشر عن السجائر إلا أن شركات التبغ أوجدوا وسائل بديلة، فأتجهت إلى رعاية المسابقات الرياضية الكبرى، كسباق السيارات ومباريات الكرة، لتظل فكرة الارتباط بين السجارة والبطولة قائمة في أذهان الشباب إغراء لهم على التدخين. بل أن بعض الشركات المصنعة للتبغ، تعمل على تحسين صورتها من خلال إتباعها لسياسات وبرامج مثل "خدمات الصحة المدرسية، دعم برامج الرعاية اللاصفية للطلاب، وبرامج محو الأمية".
- اختيار الألوان المميزة البراقة لغلاف علبة السجائر: ومنها اختيار أسماء جذابة للسجائر.

٣- دافع إثبات الذات (حب الظهور):

يكبر الطفل ويكبر معه هذا الدافع، ويسعى لتحقيقه بشتى الوسائل، وبالتدخين يحس أنه خرج من دور الطفولة إلى دور الرجولة، وظهر أمام زملاءه بالشجاعة والقدرة على الانفاق.

٤- المجاملات الزائفة:

تلعب المجاملات الزائفة - خاصة في أماكن العمل - دورا بارز في انتشار التدخين، ويدخل في هذا الإطار أيضا بعض السلوكيات الشائعة بين الناس في بعض البلدان، والتي تتجلى في الأفراح والأتراح، حيث توزع السجائر عدة مرات على المشاركين.

(٢) الدوافع النفسية للمدخين: ميز الباحثون النفسيون بين أربعة مستويات من صور التدخين: (٥٢)

- التدخين بحكم العادة: فقد يكون الدافع في بداية الأمر هو الشعور بالنقص فيسعي الشخص للتخلص

من هذا الأثر السلبي بالتدخين، وقد يكون للحصول على أثر إيجابي كالقبول في جماعة، ولكن بمرور الزمن تترسخ العادة وتتلاشي تلك الدوافع وتمارس عملية التدخين بشكل إلى بحت.

- التدخين للحصول على أثر إيجابي: فهو يدخن بهدف التنشيط والإثارة، فيشعر إما بطاقة متزايدة حسب وهمه، أو بالاسترخاء الذي يجلب المتعة النفسية والحسية.

- التدخين للتخلص من أثر سلبي (غضب، قلق، ضيق): ويطلق عليه التدخين للتخدير والتسكين.

- التدخين الإدماني: للحصول على أثر إيجابي والتخلص من أثر سلبي لديه والغرضان متوافقان وممتزجان بحيث تتكون هناك عملية (إدمان نفسي).

(٣) التدخين لمعتقدات خاطئة: ومنها تلك المعتقدات الشائعة ما يلي: (٥٣)

- يدعي البعض أنه لم يرد نص شرعي بتحريم التدخين، وكلنا يعلم بأن التبغ لم يعرف في زمن النبي (صلى الله عليه وسلم) ولا في زمن الأئمة أصحاب المذاهب الفقهية، ولكن ذلك لا يعني عدم وجود أدلة شرعية عامة تدل على حرمة، فالاجتهاد والقياس دليل من الأدلة الشرعية في الفقه، وذلك لكون استعمال التدخين يمثل ضرر ولكونه يحطم الصحة البدنية والعقلية.

- قد يتذرع البعض بأن بعض علماء المسلمين يدخنون، والرد أن هؤلاء العلماء لم يدعوا لأنفسهم العصمة، ولعل بعضهم اعتمد على آراء علماء سابقين لم يقفوا على ضرر التدخين.

- يدعي البعض بأن الدخان لا يضره، وهي دعوي لا يسندها دليل ولا واقع، فالضرر حاصل ومشاهد عند غالبية المستخدمين للتبغ وهو كاف في الحكم بضرره.

- يدعي البعض بأن فيه علاجا، ولكن الإسلام إذ يحرم شيئا يحرمه قطعيا، وما كان الله ليجعل فيما

حرمه شفاء، عن ابن مسعود رضي الله عنه: "إن الله لم يجعل شفاءكم فيما حرم عليكم" (رواه البخاري).

(٤) **العوامل الاقتصادية:** تفيد العديد من الدراسات أن من أهم العوامل الاقتصادية المشجعة على

التدخين هي وفرة النقود مع المراهقين الناجمة عن مصروف الجيب المرتفع، حيث أشارت نتائج دراسة

"مجدي جراس" إلى أن مصروف الجيب الفائض لا يدفع الطالب فقط إلى الانزلاق في تدخين السجائر بل

أيضا الاندفاع في تجربة تعاطي المخدر من باب حب الاستطلاع. (٥٤)

(٥) **عوامل الاستمرار في التدخين: ومن تلك العوامل:**

- الإدمان: حيث يمثل الاعتماد على النيكوتين أحد الأسباب الرئيسة للاستمرار في التدخين.

- قلة الوعي بمخاطر التدخين: لعدم وجود مؤسسات كافية تبصر الناس بآثار التدخين السيئة.

- الأقوال المثبطة: كلما حاول الشخص الإقلاع عن التدخين سمع عبارة: "لا فائدة من المحاولة".

(د) **آثار التدخين الصحية والاقتصادية: (٥٥)**

(١) **الآثار الصحية للتدخين:** تؤكد تقارير عديد من المنظمات أن هناك عددا من المخاطر الصحية التي

تترتب على التدخين ومنها:

- عام ١٩٥٠م أظهرت الدراسات في إنجلترا وأمريكا تطابقا غير مسبوقا في الربط بين عادة التدخين

وحدوث سرطان الرئة. وفي ١٩٥٤م نشر الباحثون في البلدين دراسات مستقلة تثبت ارتفاع معدل الوفيات

بين المدخنين عنه بين غير المدخنين.

- وفي عام ١٩٦٢م أصدرت الكلية الملكية للأطباء في لندن تقريرا طبيا تم فيه كشف الآثار الضارة

للتدخين على الصحة العامة.

- وأكد تقرير للجنة الطبية الأمريكية الذي نشر في ١١/١/١٩٦٤م أن التدخين ضار بالصحة حتماً وسبب رئيسي لعدد من الأمراض المميتة. ولا تختلف الآثار الضارة كثيراً بين تدخين السجائر ذات المصفات Filter وغير المصفات.

- ونشر في تقرير الكلية الملكية للأطباء عام ١٩٨٣م: "أن ثلاثة من كل عشرة يدخنون سيلاقون حتفهم بسبب أمراض ناتجة عن التدخين، وإن أغلب الباقيين سيعانون من أمراض لها علاقة بالتدخين".

- وجاء في تقرير لمنظمة الصحة العالمية W.H.O في يناير ١٩٨٦م: "إن التدخين واستخدام التبغ يؤدي إلى (٩٠%) من جميع حالات سرطان الرئة (التي تقدر بمليون حالة كل عام في العالم) و(٧٥%) من جميع حالات التهاب الشعب الهوائية المزمن...". ويقول التقرير: "ولا يؤدي استخدام التبغ إلى الإضرار بالمتعاطي فحسب، ولكن المدخن يلوث البيئة، ويصيب غير المدخنين الموجودين معه بالأضرار الصحية البالغة"، ويؤكد أن التوقف عن استعمال التبغ سيؤدي إلى تحسين المستوى الصحي وإطالة الأعمار بما لا تستطيعه جميع الوسائل الأخرى.

- وفي تقرير الكلية الملكية الطبية البريطانية لعام ١٩٩٢م والذي يبحث في تأثيرات التدخين على الأجنة يؤكد أن: "التدخين عند الحوامل يؤدي إلى كثرة الإجهاض والإملاص (ولادة أجنة ميتة) وإلى حدوث الخداج (الولادة قبل الأوان) وإلى نقص وزن الوليد، وكثرة وفاة الرضع في الشهر الأول من ولادتهم، وحدوث العيوب الخلقية، ويؤكد التقرير أن الوفاة في المهد ترجع في كثير من الأجيال إلى تدخين الأبوين في المنزل، وأن ثلث حالات الصمم عند الأطفال يعود إلى أن أحد الأبوين مدخن".

ومع كل هذا يستمر المدخن في التدخين غير مبال، ولعل ذلك يرجع إلى ما جبل عليه الإنسان من رؤية الأخطار المباشرة والتغاضي عن الأخطار المستقبلية البعيدة، فالتدخين يحتاج إلى ربع قرن أو أكثر حتى

تظهر آثاره المدمرة، إضافة إلى الطبيعة الإدمانية للتدخين نتيجة النيكوتين.

(٢) الآثار الاقتصادية: يزرع التبغ- كما تقول منظمة الأغذية والزراعة الفاو (F.A.O)- في أكثر من

١٢٠ قطرا من أقطار العالم أكثرها تقع في دول العالم الثالث، حيث يعاني السكان من الفقر وسوء التغذية

بل ومن المجاعات بين حين وآخر. وإذا افترضنا أن ثلث البشرية - البالغ عددها ستة مليارات- يدخن

(تصل نسبة المدخنين في بعض الدول إلى ٦٠%) وان متوسط ما يدخن الفرد علبة واحدة يوميا، وان

متوسط قيمتها دولار واحد فقط، فهذا يعني أن البشرية تحرق يوميا ثلاثة أرباع ترليون من الدولارات تقريبا،

ومن تداعيات التدخين الاقتصادية:

- التغيب عن العمل: بسبب ما يتعرض له المدخنون من أمراض ناتجة عن التدخين، وبذلك تفقد الدول

عشرات الملايين من أيام العمل، تقدر بملايين الدولارات.

- تكاليف الرعاية الصحية: حيث أن مليارات الدولارات تنفق في إنتاج الدواء أو شرائه بسبب

الاستهلاك المتزايد لعلاج الأمراض الخطيرة أو المزمنة الناتجة عن الإدمان على التدخين.

(د) أهم التشريعات الدولية والمحلية التي تكافح التدخين: (٥٦)

* دوليا: الاتفاقية الاطارية بشأن مكافحة التبغ (FCTC) The Frame Convention on

Tobacco Control

تمثل الاتفاقية أول معاهدة دولية للصحة العامة تحدد الحد الأدنى من الاجراءات التي يتعين على

الحكومات الالتزام بها للتصدي لاستخدام التبغ، حيث وافق أعضاء منظمة الصحة العالمية بالإجماع على

المعاهدة في ٢١ مايو ٢٠٠٣م، وفي ٢٥ فبراير ٢٠٠٥م دخلت المعاهدة حيز التنفيذ، وتعتبر الاتفاقية جزء

من القانون الدولي "بما يعني أن القوانين الوطنية يجب أن تحدث إلى مستواها"، وتتضمن:

١- فرض الضرائب على التبغ: حيث أن رفع أسعار منتجات التبغ بنسبة (١٠%) يخفض استهلاكه بمعدل (٤%) في البلدان المتطورة وحتى (٨%) في البلدان النامية، مما يعني أن زيادة أسعار السجائر بنسبة (٧٠%) من شأنها إنقاذ ١١٤ مليون شخص من الموت في أنحاء العالم.

٢- سياسة حظر التدخين: تقوم على حظر التدخين في مناطق معينة وتكون عادة مدعومة بأحكام تشريعية تنص على فرض غرامات على المخالفين، وبرغم تزايد عدد الدول التي قررت سن قوانين لحظر التدخين فإن هناك فقط (٥%) من سكان العالم (في ١٦ بلدا) يتمتعون بالحماية التي تؤمنها قوانين الحظر الشامل للتدخين.

٣- حظر الاعلان الدعائي: يشمل الاعلان الدعائي الرعاية والترويج والدعاية المباشرة وغير المباشرة لمنتجات التبغ باستخدام وسائل الاعلام المطبوعة والمسموعة والمرئية واللوحات الاعلانية والبريد الالكتروني والعادي، وهو ما تم حظره في ثلث بلدان العالم فقط حتى الآن".

٤- توسيم وتغليف علب منتجات التبغ: يجب أن تكون التحذيرات على علب السجائر فعالة بحيث تتضمن صورا ورسوما توضح المخاطر وان تصاغ بلغة قوية وواضحة ونوعية. علما بأن حوالي نصف سكان العالم يعيشون في بلدان لم تضع قيودا مناسبة على استخدام التعابير المضللة "سجائر خفيفة، قليلة القطران....."

٥- الحملات الاعلامية في وسائل الاعلام الواسعة الانتشار: تشكل الحملات الاعلامية جزءا أساسيا من البرنامج الشامل للحد من استهلاك التبغ، وتهدف إلى (التوعية حول الآثار الضارة للتدخين، حث المدخنين على الإقلاع عن التدخين).

٦- وقف التدخين: حيث تتوفر أنواع عدة من التدخلات للراغبين في الإقلاع عن التدخين أهمها: (تقديم

المشورة لوقف التدخين، تقديم المساعدة عبر الهاتف والانترنت "خطوط الإقلاع"، والعلاج بالأدوية).

*** محليا: أهم القوانين واللوائح التي أصدرت في شأن الوقاية من أضرار التدخين في**

مصر:

صدر قانون رقم ٥٢ لعام ١٩٨١م لمكافحة التدخين، وهو قانون شامل من ٨ مواد تم تعديله

بقانوني ٨٥ لعام ٢٠٠٢م و١٥٤ لعام ٢٠٠٧م، ومن أهم ما ورد به:

- الالتزام بالأحكام الواردة بالاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ، ويحظر التدخين نهائيا في مختلف المنشآت الصحية والتعليمية والمصالح الحكومية والنوادي الرياضية والاجتماعية ومراكز الشباب، وفي حالة عدم التزام مدير المنشأة بمنع التدخين يعاقب بغرامة لا تقل عن ألف جنية ولا تزيد على عشرون ألف ويعاقب المدخن بغرامة لا تقل عن عشرة جنيها ولا تزيد عن خمسين جنيها.
 - تتخذ الحكومة السياسات السعري والضريبية لزيادة سعر وحدة التبغ، وتشكل لجنة عليا لمكافحة التبغ تقوم بوضع سياسات مكافحة التبغ.
 - تنشأ بوزارة الصحة إدارة متخصصة لها صفة الضبطية القضائية في تنفيذ قوانين مكافحة التدخين.
- ومن الجدير بالذكر أن الأبعاد العلمية السابقة المرتبطة بالتدخين "المفهوم، مكونات التبغ ودخانه، أسبابه وعوامل الاستمرار، آثاره، والتشريعات الدولية والمحلية لمكافحة التدخين" كانت أسس هامة وجهت الباحث في بناء برنامج التدخل المهني حيث تم التركيز على تعديل البنية المعرفية للشباب المدخنين أعضاء الجماعة التجريبية حول مكونات التبغ ودخانه ومخاطر التدخين وآثاره والقوانين التي تعاقب المدخن بما يثير لديهم المشاعر الرافضة للتدخين ويؤدي في نهاية الأمر إلى الحد من قيامهم بسلوك التدخين أو التقليل منه.

الأبعاد العلمية لنموذج التركيز على المهام:

(أ) مفهوم التركيز على المهام:

تعني كلمة ركز في اللغة إلى: "أقره وأثبتته"، تركز "ثبت واستقر".^(٥٧) ويقصد بالمرکز أو التمرکز (Centered) وضع شيء في المنتصف بمعنى كل الاهتمام والتركيز عليه والمساعدة في التركيز على المهام هي عمليات متتالية ومتعاقبة يقوم بها الأعضاء وهي تعتمد على التخطيط والإنجاز،^(٥٨) ويقصد بالمهمة (Task) واجب أو جزء من العمل يجب أن يؤدي من خلال التخطيط المسبق ويتضمن هذا العمل عبء على الشخص القائم بها.^(٥٩)

وأشارت "هدي كمال" إلى معني المهمة في الجماعة بقولها: "هي ما يجب أن يفعله عضو الجماعة من عمل، وتعتمد على دائرة متعاقبة من الواجبات والأعمال التي يقوم بها العضو وهي عمليات متكاملة تؤدي في النهاية إلى تحقيق هدف الجماعة". وأشارت إلى أن نموذج التركيز على المهام بانه: "شكل من أشكال ممارسة الخدمة الاجتماعية يتسم بالوقت المحدد والقصير بمساعدة الأفراد والجماعات ذوي المشكلات الخاصة بالأدوار الاجتماعية وايضا تلك المشكلات المتعلقة بالقضايا المجتمعية".^(٦٠)

بينما أشار إليه "علي التمامي" بقوله: "هو أحد الأساليب العلاجية التي يستخدمها اخصائي الجماعة مع الأعضاء بهدف التخفيف من مشكلاتهم عن طريق تحديد المهام المحورية المراد إنجازها لكل عضو ويتم ذلك بتحقيق التعاون المتبادل بين الأعضاء بعضهم البعض وبين الأخصائي من اجل إنجاز هذه المهام المتفق عليها".^(٦١)

وفي ضوء ما سبق يمكن للباحث تحديد المقصود (بنموذج التركيز على المهام) في الدراسة الحالية بأنه: "نموذج من النماذج قصيرة المدي في خدمة الجماعة، حيث تمر عملية المساعدة وفقا له بعدد من الإجراءات

والمتمثلة في تحديد المشكلة وتحليلها، تحديد الأهداف، التعاقد، التخطيط للمهام، وإنجازها، وتحليل العقبات، ومراجعة المهام، والانهاء، بهدف التوصل إلى تعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين".

(ب) افتراضات النموذج: (٦٢)

١ - يمتلك الإنسان القدرات الذاتية لحل مشكلاته، ولديه مجموعة من الدوافع، وهو عرضة للمؤثرات البيئية، ويمتلك العقل والارادة التي تتفاعل مع المؤثرات الداخلية والخارجية.

٢ - التدخل قصير المدة يجنب الأعضاء التشتت والسلبية.

٣ - تبسيط المشكلة إلى جزئيات أفضل من شموليتها.

٤ - يقوم الممارس لهذا النموذج بمساعدة الأعضاء على معرفة وفهم أهدافهم والتعرف على الاجراءات اللازمة لتحقيق هذه الأهداف.

٥ - يركز هذا النموذج على استثمار قدرات الأعضاء وتشجيعهم باستمرار لإحداث التغيير في موقفهم، ويتم هذا التغيير من خلال المهام التي يقومون بها أثناء الاجتماعات أو في مواقف الحياة التي تواجههم من خلال التدخل المهني للأخصائي.

(ج) الإجراءات الأساسية لتطبيق النموذج:

يعتمد النموذج على مجموعة من الإجراءات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي اثناء تدخله المهني مع الأعضاء، وتتمثل في التالي:

١ - تحديد المشكلة: يمكن تحديد المشكلة بواسطة كل من الأخصائي الاجتماعي والأعضاء بحيث يكون التركيز على ما يرغبه الأعضاء وليس على ما يفكر فيه الأخصائي بأن الأعضاء في حاجة إليه، ويتم ذلك

من خلال المناقشات بين الأخصائي والأعضاء. (٦٣)

٢- تحليل المشكلة: ويعني استشارة الأعضاء للتعرف على الأسباب التي أدت لحدوث مشكلاتهم وتحديد

العوامل القابلة للتغيير، حيث يساعد تحليل المشكلات على تحديد الأولويات المستخدمة وفقا لما يلي: (٦٤)

- يساعد الأخصائي الاجتماعي الأعضاء على حصر المشكلات كما يدركونها "الأهم فالمهم".
- يصنف هذه المشكلات إلى فئات وفقا لتشابها في الخصائص السلوكية أو الموقفية.
- يحدد ويراجع كل مشكلة على حدة مع الأعضاء.
- تحديد درجة عمق كل مشكلة حسب ثقلها أو آثارها السلبية والتي ينتج عن مواجهتها جوانب إيجابية.

٣- تحديد الأهداف: بغرض مساعدة الأخصائي والأعضاء على فهم هذه الأهداف بالدرجة التي تتناسب

مع تحديد المهام وتحليل معوقات إنجازها. (٦٥) وعلى الأخصائي مراعاة: (ارتباط الأهداف برغبات الأعضاء وتفكيرهم، وتحديد بها بالشكل الذي يمكنهم من تقييمها، وتحديد بها بصورة واقعية حتى لا تتسم بالطموح الذي يفقد معه الأعضاء الواقعية في الإنجاز وعدم الثقة بالنفس). (٦٦)

٤- التعاقد: على الأخصائي أن يقوم بالتعاقد الشفهي أو الكتابي مع الأعضاء على خطوات العمل

وأجراءاته. نظرا لأن النموذج يتطلب التركيز في المهمة وإنجازها في وقت قصير نسبيا الأمر الذي يتطلب من جميع الداخلين في الموقف تحديد مهامهم بوضوح من حيث: الأهداف ووسائل الإنجاز والوقت والمكان....، كما يتضمن تحديد المشكلة أو المشكلات المطلوب التعامل معها. (٦٧)

٥- تخطيط وتحديد المهام: يقوم الأخصائي مع الأعضاء بتحويل الأهداف السابق الاتفاق عليها إلى مهام

وواجبات مخططة بحيث يتضح ماذا سيقع على عاتق الأعضاء في صورة أفعال أو إجراءات محددة يتم إنجازها

بدقة. (٦٨) ويمكن الاستفادة من مصادر متنوعة للتخطيط للمهام منها: (٦٩)

- خبرة أعضاء الجماعة (المصدر الأساسي): ويعتبر الأخصائي مسئولاً عن مناقشة وتنظيم اقتراحات الأعضاء، وتقديم المهام والاقتراحات للأعضاء غير القادرين على التعبير عن أفكارهم.
- خبرات الأخصائيين: وذلك في اقتراح المهام للأعضاء بالاستفادة من خبرات الممارسة السابقة في مواقف مشابهة بحيث يتوقع النجاح أو الفشل في الأداء.
- الاستفادة من الخبراء: وذلك لمعرفة الإجراءات المناسبة لتحقيق الأهداف.

٦- إنجاز المهام: تمثل نقطة البداية لإنجاز المهام المتعلقة بحل المشكلة، ويتحدد دور الأخصائي في تسهيل

أداء المهام بالنسبة للأعضاء بتشجيعهم وتدريبهم على إنجاز مهامهم، (٧٠) وذلك من خلال:

- إيجاد الدافعية الكافية لإنجاز المهام: وإن لم تكن دافعيتهم كافية فعليه أن يسعى لزيادتها بتوضيح أهمية المهام، وفوائدها والأضرار التي يمكن أن تحدث إذا تعطل إنجازها.
- الاطمئنان إلى قدرة الأعضاء على إنجاز المهام: بتحليل المهمة وتجزئتها إلى خطوات، وتحديد القدرات اللازمة لإنجاز كل خطوة، والاطمئنان إلى توافر هذه القدرات لدى الأعضاء.
- تلخيص خطة إنجاز المهام: حيث يطلب الأخصائي من الأعضاء أن يعيدوا عليه تحديد المهمة، وخطوات الإنجاز، وعلى الأخصائي أن يصحح أي خطأ في هذا الفهم. (٧١)

٧- تحليل ومراجعة العقبات: حيث يقوم الأخصائي بمساعدة الأعضاء على تحليل ومراجعة العقبات التي

يمكن أن تعترض وتقف في طريق إنجاز مهامهم، والتخطيط للتعامل مع كل نوعية من تلك العقبات، (٧٢) ولعل من أهمها: (افتقاد الأعضاء للقدرة على إنجاز المهام بسبب سوء فهمهم لها، نقص مهاراتهم لإنجاز

المهام، نقص الموارد المادية واللازمة لإنجاز المهام، أو نقص التدعيم الذي يحتاج الأعضاء إليه). (٧٣)

٨- مراجعة المهام: تتم المراجعة عادة بأن يخبر الأخصائي الأعضاء بالمهام التي كانت مسندة إليهم، ومستوى إنجازهم لها، وتفيد عملية المراجعة في التعرف على مدى التقدم الذي تم إحرازه ومن ثم يعتبر مؤشرا على مدى فاعلية النموذج أو عدم فاعليته. وقد أعد (وليام ريد) مقياسا للتعرف على مدى النجاح في إنجاز المهام وقسم مستويات الإنجاز هذه إلى خمسة أقسام: (إنجاز كامل، إنجاز أساسي ولكنه غير كامل، إنجاز جزئي، إنجاز ضعيف أو عدم إنجاز، عدم استطاعة إنجاز المهمة). ويتحدد بناء على نتيجة مراجعة المهام الخطوات التالية: (٧٤)

- إذا كان الأعضاء قد أنجزوا مهامهم التي اتفقوا عليها إنجازا كاملا يتم إسناد مهام جديدة إليهم.
- أما في حالة عدم الإنجاز الكامل فعادة ما يتم تقدير الموقف بالنسبة لهذه المهمة، فإذا كان هناك فرصة لإعادة المحاولة لإنجاز المهمة يتم تحليل العقبات وبحث كيفية التغلب عليها.
- وفي حالة عدم وجود فرصة لإنجازها يتم طرح البدائل الممكنة والاستقرار على بديل آخر يسند إليهم.

٩- الإنهاء: ويركز الأخصائي في هذه المرحلة على تقييم ما تم إنجازه أثناء فترة التدخل ويتأكد من اختفاء أعراض وتأثيرات المشكلة التي كان يعاني منها الأعضاء، إلى جانب ما يجب أن يفعله الأعضاء مستقبلا للحفاظ على الجوانب الإيجابية التي تحققت ويستفيدوا منها في المواقف المماثلة. (٧٥)

(ج) تكتيكات نموذج التركيز على المهام:

يتم استخدام الأساليب "التكتيكات" عادة في مختلف اجراءات ومراحل التدخل المهني، وتضم هذه

الأساليب ما يلي: (٧٦)

١- **بناء العلاقة المهنية:** والتي تعتبر حجر الزاوية في نجاح عملية التدخل لما توفره من مناخ الثقة المتبادلة والتجاوب العقلي والوجداني بين الأخصائي والأعضاء، ومن خلالها يمكن للأخصائي والأعضاء التخطيط للمهام والاتفاق على كيفية إنجازها.

٢- **التفاوض:** انطلاقاً من أنه في الغالب قد يكون لكل من الأخصائي والأعضاء رأياً مخالفاً حول بعض جزئيات المشكلة، ويتطلب الأمر التوصل إلى وجهات نظر متطابقة، أو متقاربة، ويتم هذا التقارب من خلال التفاوض.

٣- **التشجيع:** بالثناء والاستحسان لتأييد سلوك الأعضاء أو اتجاهاتهم أو مشاعرهم داخل الجماعة لحثهم على الاستمرار في عمل أو مهمة ليقوموا بها بنجاح.

٤- **التوجيه:** ويمكن أن يكون مباشراً أو غير مباشر، حيث يستخدم في مواقف الحيرة والتردد التي تنتاب الأعضاء في بعض الأحيان.

٥- **الفهم الواضح:** بمعنى الاستجابات الواضحة من جانب الأخصائي للأعضاء والتي تشير إلى الفهم والتعاطف والاهتمام والتقبل والتقدير والاحترام لمشاعرهم.

٦- **النمذجة:** بأن يقدم الأخصائي نموذجاً للمهام سواء بالأقوال والأفعال للأعضاء لتدريبهم عليها من خلال تبادل الأدوار، فالأخصائي هنا يقوم بعمل توقع أو نموذج للمهام التي يقوم بها الأعضاء.

٧- **لعب الدور:** بتمثيل سلوكيات معينة يستفيد منها الأعضاء في إشباع بعض التوقعات والأهداف.

ومن الجدير بالذكر أن الأبعاد العلمية لنموذج التركيز على المهام "المفهوم، افتراضاته، تكتيكاته" قد وجهت الباحث أثناء بناء برنامج التدخل المهني وفي جميع مراحله حيث حرص على مراعاة الافتراضات التي

بني عليها النموذج واستخدام تكتيكاته في جميع مراحل التدخل المهني وذلك لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين.

الأبعاد العلمية للاتجاهات:

(أ) مفهوم الاتجاه:

ترجع كلمة الاتجاه تاريخها إلى الأصل اللاتيني Aptus والتي يشير إلى معني اللياقة وقد استخدم لأول مره عند "هربرت سبنسر" عندما تحدث عن الاستعداد للفعل. ويشير "قاموس علم الاجتماع" إلى أن الاتجاه هو: "الاستعداد أو الميل المكتسب الذي يظهر في سلوك الفرد أو الجماعة عندما تكون بصدد تقييم شيء أو موضوع بطريقة متسقة ومتميزة".^(٧٧) ويعرف في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية بأنه: "حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي تنتظم من خلال خبرة الشخص وتكون ذات أثر توضيحي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات أو المواقف التي تثير هذه الاستجابة والاتجاهات قد تكون سلبية أو ايجابية كما قد تكون عامة أو نوعية".^(٧٨)

ويشير قاموس الخدمة الاجتماعية إلى أن الاتجاه تعبير مشترك بين العلوم الاجتماعية والنفسية حيث يعني: "تصرفات الفرد الثابتة والتي تعلمها قد تكون عامة أو خاصة ايجابية أو سلبية وهذه التصرفات تجاه مختلف أنواع السلوك والناس والأشياء، والاتجاه غالبا ما ينظر إليه من معني عاطفي ومعرفي وأيضا سلوكي".^(٧٩)

ويتم التعرف على الاتجاهات عادة من خلال ثلاثة مكونات: ^(٨٠)

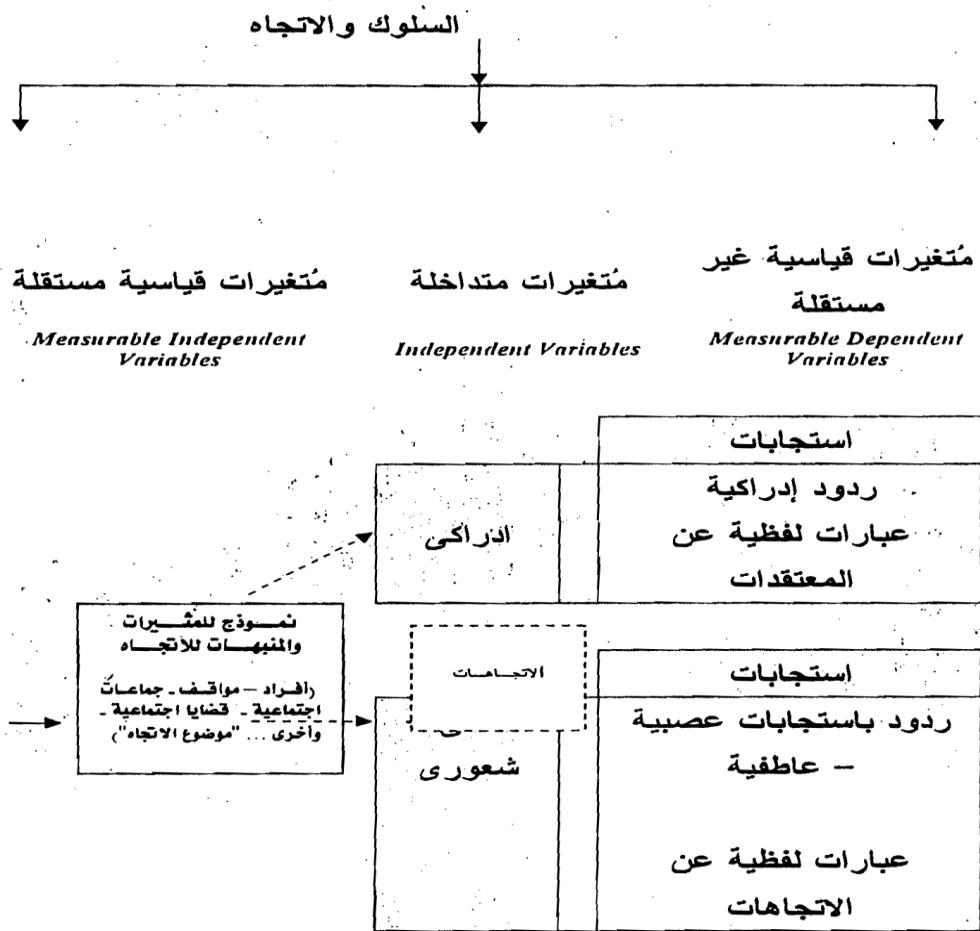
١- المكون المعرفي (المعتقدات): Cognitive ويشير إلى المعتقدات والأفكار التي يدركها الفرد حول

موضوع الاتجاه واعتقاده في الصلة والروابط التي تنشأ بين خصائص (موضوع الاتجاه).

٢- **المكون الانفعالي العاطفي (المشاعر): Affective** ويشير إلى المشاعر والحالة المزاجية والعواطف والنشاط العصبي والاستجابات التي تصاحب الشخص فيما يتعلق بموضوع الاتجاه. ويعتبر المكون العاطفي صميم الاتجاهات فهو الذي يميز الاتجاهات عن المعتقدات والنوايا. وهو ما يصاحب الشخص من مشاعر ورغبة نحو موضوع معين ومن إقباله عليه أو نفوره منه وحبه أو كرهه له.

٣- **المكون السلوكي (التصرفات): Behavioral** ويشير إلى الخطوات التي ترتبط بتصرفات الإنسان إزاء موضوع الاتجاه بما يدل على قبوله أو رضاه بناء على تفكيره النمطي حول إحساسه الوجداني به، ولذلك يعتبر المكون السلوكي المحصلة النهائية والترجمة العملية لتفكير الإنسان وانفعالاته.

والشكل التالي يوضح تصور تخطيطي لمكونات الاتجاهات: (٨١)



وبناء على ما سبق فإنه يمكن تعريف الاتجاه إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه:

- ١- عملية استعداد نفسي وذهني للشباب تجاه التدخين.
- ٢- هذه العملية لها ثلاثة مكونات، تتمثل في:
 - الجانب المعرفي: ويتضمن معارف الشباب عن التدخين (المفهوم، الآثار المترتبة عليه، سبل مكافحته)
 - الجانب الانفعالي والوجداني: ويتضمن مشاعر الشباب المرتبطة بالتدخين.
 - الجانب السلوكي: ويتضمن تصرفات وممارسات الشباب المرتبطة بسلوك التدخين.
- ٣- هناك دوافع ومثيرات تعمل على تعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين تتمثل في: (الدوافع النفسية المرتبطة بمرحلة الشباب، تأثير عضوية الجماعة، تأثير المكافأة والثواب للسلوك أثناء البرنامج).

(ب) بناء الاتجاه:

- من أهم عوامل تكوين الاتجاه: (المعلومات المتاحة، السمات الشخصية، المواقف التي تشبع حاجات الفرد والتي تعوق هذا الإشباع، وهناك من يرى انه يمكن تعلم الاتجاهات عن طريق: ^(٨٢)
- ١- مشاهدة وملاحظة الآخرين: فنحن نتعلم العديد من الاتجاهات عن طريق التعلم الاجتماعي.
 - ٢- المكافأة: فنحن نحصل على المكافأة عند التعبير عن بعض الاتجاهات التي تلاقي القبول من الآخرين والمكافأة قد تكون بالكلمة والثناء"، كما نعاقب عند التعبير عن اتجاهات أخرى لا تلاقي القبول من الآخرين، والاتجاهات المكافأة تميل إلى أن تصبح أكثر قوة.
 - ٣- التجربة المباشرة: فالعديد من الاتجاهات يتم تعلمها عن طريق التجربة المباشرة مع موضوع الاتجاه.

٤- ملاحظة سلوكنا الخاص: بالرغم من أننا تعودنا أن نري الاتجاه هو سبب السلوك إلا أن هناك حقيقة أخرى يجب أن يقال وفقا لنظرية الشعور الذاتي وهي أن السلوك يمكن أن يؤدي إلى تغيير في الاتجاه والدليل على ذلك أننا نستدل على اتجاهاتنا بملاحظة سلوكنا الخاص.

ومن الجدير بالذكر أن الباحث قد راعي مكونات الاتجاه المختلفة وأساليب بناء الاتجاه حيث تم ترجمة تلك الأساليب وتضمينها في الأنشطة التي مارسها الشباب أثناء برنامج التدخل المهني بما يحقق المرجو في اتجاههم نحو التدخين.

الأبعاد العلمية المرتبطة بمرحلة الشباب:

(أ) مفهوم الشباب المدخن:

يشير مفهوم الشباب في اللغة العربية إلى أنه: "جمع (شاب) وكذا (الشبان) والشباب أيضا هي الحداثة".^(٨٣) ويعرفه المصباح المنير بأنه يعني: "النشاط والقوة والسرعة".^(٨٤) ويشير قاموس "ويبستر" Webster إلى أن الشباب: "فترة من مراحل العمر المبكرة".^(٨٥)

- فترة نمو مبكرة.
- فترة من العمل التي تكون بين مرحلة الطفولة أو الحداثة والمراهقة.
- ويشير معجم العلوم الاجتماعية إلى أن الشباب: "الأفراد في مرحلة المراهقة - أي الأفراد بين مرحلتي البلوغ الجنسي والنضج أحيانا- ويستعمله بعض العلماء من أمثال (جازل) ليشمل المرحلة من العاشرة وحتى سن السادسة عشرة، إلا أن الفترة التي تنتهي فيها مرحلة الشباب غير محددة وقد قيدها البعض إلى سن الثلاثين.^(٨٦)

ولقد تعددت محاولات وجهود العلماء والمشتغلين مع الشباب لتوضيح ماهية الشباب، فمنها ما يوضح مفهوم الشباب وفقا لمعيار زمني (السن) ومنها ما يتناوله من خلال الخصائص والاحتياجات، وكذلك نجد من يحدد مفهوم الشباب في ضوء بلوغ النضج الجنسي والنمو الجسمي أو في ضوء النضج والتكامل الاجتماعي للشخصية وما إلى غير ذلك من الدلالات. ^(٨٧) فالشباب مرحلة عمرية محددة من مراحل العمر يتميز فيها الإنسان بالحيوية والقدرة على العمل والأداء والنشاط ومرونة العلاقات وتحمل المسؤولية الفردية والجماعية. ^(٨٨)

وفي ضوء ما سبق فإن الباحث يمكن تحديد مفهوم الشباب المدخن في الدراسة الحالية بأنه:

- ١- الشباب مرحلة عمرية من مراحل عمر الإنسان، يقع عمر شغلها بين (١٨ : ٢٢) عاما.
- ٢- أن يكون الشاب عضوا بفريق المتطوعين ببرامج الجمعية المصرية للبحوث وتنمية المجتمعات المحلية بالغربية ومن المتزدين عليها بصفة دورية ومنتظمة.
- ٣- أن يكون من المدخنين للتبغ بشكل منتظم بإرادته ودون إجبار خارجي وذلك لمدة شهر على الأقل.

(ب) خصائص مرحلة الشباب:

تتسم مرحلة الشباب بالعديد من الخصائص البيولوجية والنفسية والعقلية والعاطفية والاجتماعية التي تميزها عن باقي المراحل العمرية، وتعتبر مرحلة انتقال ويمكن وصفها بأن لها قدما في مرحلة المراهقة والأخرى في مرحلة الرشد والشباب، وان درجة النمو الجسمي والعقلي والانفعالي للفرد في هذه المرحلة ما هي إلا خلاصة للتجارب والخبرات التي مر بها في مراحل نموه السابقة، لهذا تزداد حدة الفروق الفردية بين الأفراد في هذه المرحلة. ^(٨٩)

وعلى الرغم من التشابه في معظم الخصائص بين الشباب إلا أن تلك الخصائص تتأثر ببعض العوامل البيئية المحيطة بالشباب مثل: "الحاجات الاجتماعية، والعادات والتقاليد، والتطور الاجتماعي للبيئة، والهوايات" والتي ينبغي على الشاب أن يتوافق معها بصورة ملائمة. (٩٠) ومن أهم خصائص مرحلة الشباب: (٩١)

١- **الخصائص الجسمية:** حيث يأخذ نمو الجسم في الاتزان واكتمال شكل وملامح الفتى والفتاة من حيث سمات الرجولة أو الأنوثة، كما تأخذ الغدد الجنسية في الاكتمال وأداء وظائفها.

٢- **الخصائص العقلية:** يصل الذكاء في هذه المرحلة إلى النضج، وتزداد القدرة على اكتساب القدرات العقلية من حيث الحكم على الأشياء، والثقة بالنفس، وحسن الاختيار والاستقلال في التفكير... وكذلك الاستعداد لتقبل التغيير في الاتجاهات بدون مقاومة شديدة بالمقارنة. بالمتقدم في السن.

٣- **الخصائص السيكلوجية:** يهدأ الصراع النفسي نوعاً ما بالمقارنة بمرحلة المراهقة، وتخف الشحنة الانفعالية نسبياً، ويزداد التعلق العاطفي بأحد أفراد الجنس الآخر أو الانشغال بالأنشطة الرياضية والنواحي الترفيهية والهوايات الفنية كالتمثيل والسياسة.

٤- **الخصائص الاجتماعية:** ينتقل مركز الثقل في الحياة النفسية والاجتماعية، فبعد أن كان الاهتمام بالذات تبدو الرغبة في التوافق مع المجتمع، ويطلق على هذه المرحلة مرحلة اتخاذ القرارات. وبصفة عامة فإن مشكلات الشباب تعتبر أكثر تعقيداً إذا قورنت بمشكلات المراحل السابقة.

وقد راعي الباحث قدر الإمكان تلك الخصائص عند بناء وتنفيذ برنامج التدخل المهني في الدراسة الحالية لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين.

سادساً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

(أ) نوع الدراسة والمنهج المستخدم:

تمشيا مع هدف الدراسة فإن الدراسة الحالية تنتمي إلى نمط الدراسات التجريبية لأنها تسعى لاختبار صحة أو خطأ فرض الدراسة والمتمثل في اختبار أثر متغير مستقل (استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة) على متغير تابع (تعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين)، وقد اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، وذلك باستخدام التجربة القبليّة البعدية باستخدام جماعة تجريبية واحدة، حيث يتم قياس المتغير التابع قبل إدخال المتغير التجريبي، وبعد تنفيذ برنامج التدخل المهني على الجماعة التجريبية يتم إجراء قياس بعدي للمتغير التابع وبمقارنة القياس القبلي والبُعدي يتضح حجم التغير الحادث من عدمه.

(ب) أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات البحثية التي تتلاءم مع هدف الدراسة والمتمثلة

في:

١- مقياس الاتجاه نحو التدخين:

أعد هذا المقياس (أمني البيومي درويش ٢٠٠٦م) ويتكون المقياس من (٤٥) عبارة تم توزيعها على ثلاثة أبعاد رئيسية وهي: "البعد الأول" الجانب المعرفي، وعباراته من (١ - ١٥)، "البعد الثاني" الجانب الانفعالي والوجداني وعباراته (١٦ - ٣٠)، "والبعد الثالث" الجانب السلوكي وعباراته من (٣١ - ٤٥). وأمام كل بند من هذه البنود ثلاثة اختيارات (دائماً - أحياناً - نادراً)، حيث تحصل الإجابة "دائماً" على (٣ درجات) والإجابة "أحياناً" على (درجتان)، والإجابة "لا" على (درجة واحدة)، مع مراعاة العبارات

السالبة والموجبة. (٩٢)

ثبات المقياس:

قامت معدة المقياس بحساب معامل الثبات للمقياس من خلال إعادة الاختبار على عينة استطلاعية مماثلة لمجتمع الدراسة قدرها (١٠) من المدخنين غير الذين أجريت عليهم التجربة بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وبلغت معاملات الثبات للبعد الأول (٠,٩٠)، والبعد الثاني (٠,٨٥)، والبعد الثالث (٠,٨٠).

وفي إطار الدراسة الحالية تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على عينة استطلاعية مماثلة لمجتمع الدراسة قدرها (١٣) من المدخنين ممن تتراوح أعمارهم بين (١٨ : ٢٢) عاما بمتوسط عمري قدرة (٢٠,٧) سنة، وبلغ معامل الثبات للبعد الأول (٠,٨٩)، والبعد الثاني (٠,٩٣)، والبعد الثالث (٠,٨٤)، وللمقياس ككل (٠,٨١) "وهو معامل ثبات معقول"، حيث استخدام الباحث معامل ارتباط (سبيرمان) لتحديد معامل الثبات عند مستوى معنوية (٠,٠١) وفق ما يلي:

$$r = \frac{6 \text{ مجفف}}{n(n-1)} - 1$$

صدق المقياس:

قامت معدة المقياس بعرضه على (٨) من المحكمين لإجراء الصدق الظاهري، وتم عمل التعديلات التي اقترحها المحكمون كما تم حساب الصدق التلازمي، وذلك بحساب الارتباط لأبعاد المقياس، حيث بلغت معاملات الارتباط (٠,٨٩، ٠,٩٠، ٠,٨٥، ٠,٨٢) للبعد الأول والثاني والثالث والمقياس ككل على التوالي، وذلك عند مستوى معنوية (٠,٠١).

وفي إطار الدراسة الحالية قام الباحث بعرض المقياس على عدد (٦) محكمين من الأساتذة الأكاديميين والمشرفين من صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لوزارة الأسرة والسكان لديهم الخبرة الميدانية الكافية لتحكيم المقياس،^(٩٣) ولم يهدف أي بند في المقياس في أبعاده الثلاثة، ولم تجر أية تعديلات عليه فجاءت آراؤهم متطابقة. وقد قام الباحث بحساب الصدق الذاتي فكانت معاملات الارتباط (٠,٩٤، ٠,٩٠، ٠,٩٢، ٠,٩٦) للبعد الأول والثاني والثالث والمقياس ككل، وهي معاملات جوهرية جعلت الباحث لديه قناعة بصدق المقياس.

٢- المقابلات الفردية والجماعية:

حيث تطلبت الدراسة القيام بالعديد من المقابلات مع بعض المسؤولين في صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لوزارة الأسرة والسكان لمناقشة مخاطر التدخين وبرامج مكافحته ومهام لجان الرصد والإبلاغ عن انتهاكات قانون التدخين، كما أجري عدد من المقابلات المفتوحة مع الخبراء في المجال الطبي ومجال رعاية الشباب لمعرفة حاجة المجتمع لإجراء مثل هذه الدراسات، والوقوف على احتياجات الشباب من وجهة نظرهم، وأهم الأنشطة التي يمكن ممارستها لتعديل اتجاهات الشباب المدخنين، ومدي صلاحية نموذج التركيز على المهام لتحقيق أهداف برنامج التدخل المهني.

٣- التقارير الدورية: وقد اعتمد الباحث في تحليل التقارير الدورية التي تعقب اجتماعات الجماعة

التجريبية في ضوء المحددات التالية: (٩٤)

- البيانات الأولية. - أهداف الاجتماع. - محتوى الاجتماع.

- تحليل التقرير في ضوء عناصره المحددة: (أساليب التدخل المهني المستخدمة في الاجتماع، دور الباحث في توجيه وإدارة الاجتماع، نتائج التدخل المهني).

٤- أساليب معالجة البيانات إحصائياً:

تم حساب بيانات الدراسة من خلال استخدام: (التكرارات (ك) لاستجابة عينة الدراسة على عبارات المقياس، متوسط الفروق بين القياس القبلي والبعدي لأعضاء الجماعة التجريبية، الانحراف المعياري، اختبار (ت) معامل ارتباط "سبيرمان" لحساب ثبات المقياس).

ج. مجالات الدراسة:

١- المجال المكاني:

وقع اختيار الباحث على الجمعية المصرية للبحوث وتنمية المجتمعات المحلية بالغربية، وذلك لقيام الجمعية بتنفيذ عدد من البرامج المتميزة في مجال التنمية المجتمعية والبحوث الميدانية، كما أبدت إدارة الجمعية ترحيبها بتنفيذ الدراسة والاستفادة من نتائجها.

٢- المجال البشري:

تم تحديد إطار المعاينة في جميع الشباب المتطوعين في برامج الجمعية المصرية للبحوث وتنمية المجتمعات المحلية من المترددين عليها بصفة منتظمة، وكان عددهم (٣٥) شاباً من مراحل عمرية مختلفة بين (١٨ : ٢٢) عاماً، حيث تم استبعاد غير المدخنين منهم وعددهم (١١)، ثم قام الباحث بتطبيق مقياس الاتجاه نحو التدخين على باقي أعضاء البرنامج وعددهم (٢٤)، ثم قام بتصحيح المقياس وتصنيف نتائجه كالتالي:

- المستوى الأول: ويضم مجموعة الشباب الذين حصلوا على (درجات منخفضة) على مقياس الاتجاه نحو التدخين (أقل من ٤٥ درجة) وبلغ عددهم (٤ شباب).
- المستوى الثاني: ويضم مجموعة الشباب الذين حصلوا على (درجات متوسطة) على مقياس الاتجاه نحو

التدخين (تتراوح بين ٤٦ : ٩٠ درجة) وبلغ عددهم (٧ شباب).

- المستوى الثالث: ويضم مجموعة الشباب الذين حصلوا على (درجات مرتفعة) على مقياس الاتجاه نحو

التدخين تتراوح بين (٩١ : ١٣٥ درجة) وبلغ عددهم (١٣ شاب).

تم استبعاد الشباب في المستويين الأول والثاني وتم اختيار الشباب في المستوى الثالث ممن

حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس تعديل الاتجاه نحو التدخين وعددهم. (١٣ شاباً).

٣- المجال الزمني:

تحددت بفترة إجراء التجربة والتي استغرقت ثلاثة شهور من أول أكتوبر إلى نهاية ديسمبر ٢٠١٠م.

سابعاً: خطوات إجراء التجربة:

هدفت الدراسة الحالية إلى استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة لتعديل اتجاهات

الشباب نحو التدخين، ولتحقيق ذلك اتبع الباحث الخطوات الآتية:

(أ) مرحلة ما قبل التدخل المهني: وتضمنت الإجراءات التالية:

- الاطلاع على الدراسات السابقة لتجهيز أدوات القياس وتصميم برنامج التدخل المهني.

- اختيار عينة الدراسة (والتي روعي فيها شروط المعاينة السليمة).

- التأكد من المعالم السيكومترية للمقياس "الصدق والثبات".

- الاتصال بإدارة الجمعية للتأكد من موافقتهم على إجراء التجربة، كما تم التنسيق مع بعض المؤسسات

مثل: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، نادي الدفاع الاجتماعي، مديرية الشباب والرياضة...

وذلك للاطمئنان على توافر الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة للبرنامج.

(ب) مرحلة التدخل المهني: وتضمنت الإجراءات التالية:

- إجراء القياس القبلي للجماعة التجريبية "باستخدام مقياس الاتجاه نحو التدخين".
- التعاقد مع أعضاء الجماعة التجريبية - وذلك بعد إتمام التعارف بين الأخصائي وبينهم - حيث تم مناقشة المعايير التي سيتم العمل في ضوءها، وأهداف برنامج التدخل وأماكن الاجتماعات وعددها، مع مناقشة بعض الأنشطة التي سيتم ممارستها حيث تم البدء من بؤرة اهتمام الأعضاء.
- تنفيذ برنامج التدخل المهني مع أعضاء الجماعة التجريبية وذلك لمدة ثلاثة شهور تم خلالها عقد اجتماعين أسبوعياً، مع مراعاة أن تكون فترة انعقاد اجتماعات الجماعة مناسبة لنوع النشاط الممارس ولظروف الأعضاء، وتماشياً مع فلسفة نموذج التركيز على المهام.
- تم عقد اجتماعات تقويمية للوقوف على نواحي القوة والضعف في البرنامج لتلافي نواحي القصور فيها وتعديلها باستمرار، وإتاحة الفرصة للأعضاء لاكتساب الخبرات التقدمية التي يتيحها البرنامج.

(ج) مرحلة ما بعد التدخل المهني: وتضمنت الإجراءات التالية:

- إجراء القياس البعدي للجماعة التجريبية بعد نهاية فترة التدخل المهني عن طريق أدوات الدراسة لتحديد مدي التغيير في اتجاهات كل عضو من أعضاء الجماعة التجريبية نحو التدخين.
- استخدام الأساليب الإحصائية لإجراء المقارنات بين القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية للوقوف على نتائج التدخل المهني والتحقق من صحة فروض الدراسة من عدمه.

ثامنا: برنامج التدخل المهني:

(أ) مفهوم برنامج التدخل المهني:

كل ما يقوم به أخصائي الجماعة من برامج وأنشطة متنوعة تهدف إلى استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين متمثلة في الجانب "المعرفي، الانفعالي والوجداني، السلوكي"؛ مستخدما في ذلك المبادئ والمهارات والأساليب الفنية لطريقة خدمة الجماعة والتكنيكات الفنية لنموذج التركيز على المهام.

(ب) أهداف برنامج التدخل المهني:

يتمثل الهدف الرئيسي لبرنامج التدخل المهني في الدراسة الحالية في: "استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة لتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين"، ويتضمن الهدف الرئيسي أهدافا فرعية تتمثل في: استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة لتعديل (الجانب الفكري، الانفعالي والوجداني، السلوكي) للشباب نحو التدخين.

(ج) الأسس والاعتبارات التي يقوم عليها برنامج التدخل المهني:

(١) الأسس التي يقوم عليها برنامج التدخل المهني:

١ - ملاحظات الباحث ومقابلاته مع بعض العاملين والخبراء المتخصصين في مجال مكافحة التدخين.

٢ - الهدف الرئيسي الذي تسعى إليه الدراسة الحالية.

٣ - نموذج التركيز على المهام "من خلال مبادئه وإجراءاته واستراتيجياته وتكنيكاته المختلفة".

٤ - نتائج الدراسات السابقة وما انتهت إليه من حقائق وتوصيات.

٥- الإطار النظري والمفاهيم التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية.

(٢) الاعتبارات التي رعاها الباحث خلال التدخل المهني:

١- اعتبارات تتعلق بالأخصائي الاجتماعي: (تقبل أعضاء الجماعة والجماعة ككل - توفر الرغبة والاستعداد لمساعدتهم- الإعداد العلمي والعمل في مجال مكافحة التدخين واستخدام نموذج التركيز على المهام- مراعاة التوقيت المناسب للتدخل المهني- مراعاة الجوانب البيئية أثناء تنفيذ برنامج التدخل والإمكانيات المادية والبشرية المتاحة - مراعاة الأساليب المناسبة لدراسة الجماعة والتعرف على احتياجات أعضائها- مراعاة التقويم المستمر لمراحل التدخل المهني وعناصره المختلفة).

٢- اعتبارات تتعلق باستخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة: (مراعاة بناء العلاقة المهنية بين الأعضاء وبعضهم البعض، وبينهم وبين الأخصائي الاجتماعي لضمان التخطيط والإنجاز لمهامهم- مراعاة توافر قدر من التفاوض والاستماع إلى الرأي والرأي الآخر للتوصل إلى وجهات نظر متقاربة حول المهام التي تتناسب مع أعضاء الجماعة التجريبية والمعبرة عن ميولهم ورغباتهم- مراعاة التركيز على ما يرغبه الأعضاء وليس على ما يفكر فيه الأخصائي- مراعاة أن تتسم المهام بالمرونة والتنوع والتدرج من الأسهل إلى الأصعب، وان تكون مشوقة، إلى جانب توفيرها للخبرات التقديمية للأعضاء- مراعاة استشارة قدرات الأعضاء على التفاعل الجماعي الايجابي فيما بينهم للانتقال من إنجاز المهمة إلى التي تليها تبعا لمراحل النجاح التي تحققت- مراعاة الفهم الواضح من جانب الأخصائي لما يعاني منه الأعضاء من خلال التعاطف، والاهتمام، والتقبل، والتقدير، واحترام مشاعرهم- مراعاة التشجيع المستمر من جانب الأخصائي للأعضاء لإنجاز مهامهم- مراعاة التعاون بين الأخصائي وبين التخصصات الأخرى لتحقيق أهداف التدخل المهني للأعضاء- مراعاة التوقيت المناسب لتدخل الأخصائي، إلى جانب إتاحة الفرصة للأعضاء

للتعبير عن مقترحاتهم في تحديد العقبات التي تعوق إنجازهم لمهامهم وكيفية التغلب عليها- مراعاة تقييم ما تم تحقيقه أثناء فترة التدخل المهني واستغلال واستثمار ما يترتب على ذلك من أهداف).

٣- اعتبارات تتعلق بالبرنامج: (مراعاة مبادئ وضع وتصميم البرنامج في خدمة الجماعة - مراعاة التوجيه لاختيار الأنشطة التي تمكن من استثمار إمكانيات وطاقات أعضاء الجماعة بالشكل الأمثل لإشباع حاجاتهم ورغباتهم- الاستفادة من تكتيكات نموذج التركيز على المهام في تحقيق أهداف البرنامج- التنوع في وسائل التعبير عن البرنامج- مرونة البرنامج وتكامله).

٤- اعتبارات تتعلق بالجماعة: (مراعاة خصائص وسمات جماعات الشباب- مراعاة أنماط التفاعل الجماعي المختلفة وسبل توجيه السلوك الجمعي- مراعاة أساليب الضبط الجمعي وأساليب الضغط الجماعي لتحقيق امتثال الأعضاء للجماعة- مراعاة أن يكمل الأعضاء بعضهم البعض رغم تباين احتياجاتهم وتباين اتجاههم نحو التدخين لتفاوت خبراتهم ومعارفهم).

٥- اعتبارات تتعلق بالمؤسسة (مراعاة أهداف المؤسسة في المجتمع المحلي - مراعاة لوائح وشروط المؤسسة - مراعاة الإمكانيات المتاحة بالمؤسسة - مراعاة علاقة المؤسسة بالمؤسسات الأخرى في المجتمع المحلي- مراعاة المعوقات التي تواجه المؤسسة في تحقيق أهدافها في المجتمع المحلي).

(د) أنساق برنامج التدخل المهني:

١- نسق العضو: وهم فئة الشباب المدخنين المتطوعين المشاركين في برامج الجمعية المصرية للبحوث وتنمية المجتمعات المحلية بالغربية، من المتكررين عليها بانتظام ومن الممارسين للبرامج والأنشطة الجماعية (الاجتماعية، والرياضية، والثقافية، والدينية، والفنية) التي يتيحها برنامج التدخل المهني.

٢- نسق الهدف: ويتمثل في إتاحة الفرصة لكل عضو من أعضاء الجماعة التجريبية للمشاركة الفعالة في محتويات البرنامج للوصول إلى تعديل اتجاهاته نحو التدخين.

٣- نسق الأداء: ويتمثل في الأشخاص الذين تعاونوا مع الباحث لتحقيق أهداف التدخل المهني ممثلون في: "إدارة الجمعية، المدربين المعتمدين من صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، مشرفي لجان الرصد والإبلاغ التابعين للصندوق، بعض الأساتذة الأكاديميين، طبيب، بعض الأخصائيين في أندية الدفاع

٣,٣٥

الاجتماعي، بعض العاملين ومشرفي الأنشطة في الشباب والرياضة، وبعض رجال دين".

٤- النسق المساعد على التغيير: ويتمثل في الأخصائي الاجتماعي (الباحث) الموجه للتفاعلات الجماعية لأعضاء الجماعة، والمؤثر في التغيرات التي تطرأ عليهم لتحقيق أهداف التدخل المهني.

(د) استراتيجيات وتكنيكات التدخل المهني:

[١] استراتيجيات التدخل المهني:

تعتمد الاستراتيجية الأساسية لبرنامج التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام في الاعتماد على (المهام) ذاتها وينبثق منها نوعين من الاستراتيجيات التي تسهل إنجاز المهام وهما:

- استراتيجية (المهام العامة): وفيها يقوم أعضاء الجماعة التجريبية بمجموعة من المهام العامة دون تفصيلات دقيقة لما ينبغي فعله في تلك المهام.

- استراتيجية (المهام الإجرائية): وفيها يقوم أعضاء الجماعة التجريبية بمجموعة من المهام التفصيلية في ضوء

المهام العامة.

[٢] **تكنيكيات التدخل المهني:**

في ضوء استراتيجيات نموذج التركيز على المهام فقد استخدم الأخصائي الاجتماعي التكنيكات

التالية في برنامج التدخل المهني:

- **بناء العلاقة المهنية:** ويستهدف توفير قدر من الثقة والتجاوب فيما بين الأخصائي والأعضاء لمساعدتهم على التخطيط لمهامهم وإنجازها بشكل كامل.
- **التفاوض:** ويستهدف التوصل إلى وجهات نظر متقاربة حول بعض المهام التي تتطلب الإنجاز من جانب الأعضاء والتي تهدف في مجملها إلى تعديل اتجاههم نحو التدخين.
- **التشجيع:** ويستهدف تدعيم السلوك السوي الإيجابي لأعضاء الجماعة عند إنجازهم للمهام المتفق عليها، وحثهم على الاستمرار والنجاح من خلال أساليب (الاستشارة، التفسير، التوظيف).
- **التوجيه:** ويستهدف مساعدتهم من خلال إعطاءهم النصيحة في مواقف الحيرة والتردد التي تنتابهم عند إنجازهم للمهام المتفق عليها بعيدا عن توجيه التأييد أو اللوم لهم.
- **الفهم الواضح:** ويستهدف تأكيد الأخصائي على فهمه لما يعاني منه الأعضاء من مشكلات ترتبط بالتدخين وتؤثر عليهم وذلك من خلال (التعاطف، الاهتمام، احترام وتقدير مشاعرهم).
- **النمذجة:** ويستهدف تقديم الأخصائي للأعضاء نموذجا من المهام للاقتداء به بما يساعدهم على إنجازهم للمهام التي تعدل من اتجاههم نحو التدخين.
- **لعب الدور:** ويستهدف تدريب وتمكين أعضاء الجماعة التجريبية من ممارسة بعض الأدوار التي ترتبط بإنجاز

مهامهم المتفق عليها مع الأخصائي، بهدف إكسابهم وتعليمهم أنماط جديدة قد تساعدهم في إنجاز مهامهم بشكل قد يساهم في تعديل اتجاههم نحو التدخين.

تاسعا: نتائج الدراسة:

أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرض الرئيسي للدراسة وكذلك الفروض الفرعية المنبثقة منه، كما يتضح في الجداول التالية:

جدول رقم (١)

يوضح درجات أعضاء الجماعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الاتجاه نحو التدخين

الدرجة الكلية	درجات القياس البعدي للجماعة التجريبية			الدرجة الكلية	درجات القياس القبلي للجماعة التجريبية			م
	سلوكي	انفعالي ووجداني	معرفي		سلوكي	انفعالي ووجداني	معرفي	
٨٧	٢٩	٣٠	٢٨	١١٤	٣٨	٣٧	٣٩	١
٨٧	٢٨	٢٨	٣١	١٢٣	٤١	٤٠	٤٢	٢
٨٣	٢٨	٢٦	٢٩	١٢٢	٤٢	٣٩	٤١	٣
٧٩	٢٧	٢٤	٢٨	١١٢	٣٧	٣٦	٣٩	٤
٧٥	٢٩	٢١	٢٥	١١٣	٣٨	٣٨	٣٧	٥
٩٣	٣١	٣٠	٣٢	١٢٧	٤٢	٤١	٤٤	٦
٩٠	٣٠	٣١	٢٩	١٢٢	٤٢	٣٩	٤١	٧

المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية ((الخدمة الاجتماعية والعدالة الاجتماعية))

٨٤	٢٧	٢٩	٢٨	١١٧	٣٨	٤٠	٣٩	٨
٩٢	٣١	٣٢	٢٩	١١٨	٣٨	٣٩	٤١	٩
٨٨	٢٨	٢٩	٣١	١٢٧	٤٢	٤٣	٤٢	١٠
٩١	٣٠	٢٩	٣٢	١٢٥	٤١	٤١	٤٣	١١
٨٥	٢٨	٢٨	٢٩	١١٣	٣٧	٣٩	٣٧	١٢
٨٧	٢٩	٢٧	٣	١٢٣	٤٠	٤٢	٤١	١٣
١١٢٦	٣٧٥	٣٦٤	٣٨٢	١٥٥٦	٥١٦	٥١٤	٥٢٦	مج

جدول رقم (٢)

يوضح الدلالات الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية في البعد الأول

لمقياس الاتجاه نحو التدخين (الجانب المعرفي)

م	درجات القياس القبلي	درجات القياس البعدي	الفرق بين القياسين	انحراف الفروق عن المتوسط	ح ٢ ف
١	٣٩	٢٨	١١	٠,٠٨ -	٠,٠٠٦
٢	٤٢	٣١	١١	٠,٠٨ -	٠,٠٠٦
٣	٤١	٢٩	١٢	٠,٩٢	٠,٨٥
٤	٣٩	٢٨	١١	٠,٠٨ -	٠,٠٠٦
٥	٣٧	٢٥	١٢	٠,٩٢	٠,٨٥
٦	٤٤	٣٢	١٢	٠,٩٢	٠,٨٥

٧	٤١	٢٩	١٢	٠,٩٢	٠,٨٥
٨	٣٩	٢٨	١١	٠,٠٨ -	٠,٠٠٦
٩	٤١	٢٩	١٢	٠,٩٢	٠,٨٥
١٠	٤٢	٣١	١١	٠,٠٨ -	٠,٠٠٦
١١	٤٣	٣٢	١١	٠,٠٨ -	٠,٠٠٦
١٢	٣٧	٢٩	٨	٣,٠٨ -	٩,٤٩
١٣	٤١	٣١	١٠	١,٠٨ -	١,١٧
مجم			١٤٤		١٤,٩٥

ت الجدولية عن مستوي معنوية (٠,٠١) = ٢,٦٨١

مجم

ن

$$\text{متوسط الفروق (م ف)} = \text{ف}^{\text{م}} = ١١.٠٨$$

$$\text{ت (المحسوبة)} = \frac{\text{ف}^{\text{ح}}}{\text{ن (ن - ١)}} = ٣٥.٧٤$$

حيث أن ت (المحسوبة) أكبر من ت (الجدولية) إذن توجد فروق معنوية فيما يتعلق بالبعد الأول (الجانب

المعرفي) لمقياس الاتجاه نحو التدخين لأعضاء الجماعة التجريبية قبل وبعد إجراء التدخل المهني عند مستوي

معنوية (٠,٠١).

وهذا يثبت صحة الفرض الفرعي الأول الذي يشير إلى انه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل (الجانب المعرفي) لدى الشباب نحو التدخين".

جدول رقم (٣)

يوضح الدلالات الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية في البعد الثاني

لمقياس الاتجاه نحو التدخين (الجانب الانفعالي الوجداني)

م	درجات القياس القبلي للجماعة التجريبية س١	درجات القياس البعدي للجماعة التجريبية س٢	الفرق بين القياسين ف = (س١ - س٢)	انحراف الفروق عن المتوسط ح ف (ف. م ف)	ح ٢ ف
١	٣٧	٣٠	٧	٤,٥٤ -	٢٠,٦١
٢	٤٠	٢٨	١٢	٠,٤٦	٠,٢١
٣	٣٩	٢٦	١٣	١,٤٦	٢,١٣
٤	٣٦	٢٤	١٢	٠,٤٦	٠,٢١
٥	٣٨	٢١	١٧	٥,٤٦	٢٩,٨١
٦	٤١	٣٠	١١	٠,٥٤ -	٠,٢٩
٧	٣٩	٣١	٨	٣,٥٤ -	١٢,٥٣
٨	٤٠	٢٩	١١	٠,٥٤ -	٠,٢٩
٩	٣٩	٣٢	٧	٤,٥٤ -	٢٠,٦١

المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية ((الخدمة الاجتماعية والعدالة الاجتماعية))

١٠	٤٣	٢٩	١٤	٢,٤٦	٦,٠٥
١١	٤١	٢٩	١٢	٠,٤٦	٠,٢١
١٢	٣٩	٢٨	١١	- ٠,٥٤	٠,٢٩
١٣	٤٢	٢٧	١٥	٣,٤٦	١١,٩٧
مجم			١٥٠		١٠٥,٢١

ت الجدولية عن مستوي معنوية (٠,٠١) = ٢,٦٨١

متوسط الفروق (م ف) = ١١,٥٤ ت (المحسوبة) = ١٤,٠٧

حيث أن ت (المحسوبة) أكبر من ت (الجدولية) إذن توجد فروق معنوية فيما يتعلق بالبعد الثاني (الجانب الانفعالي والوجداني) لمقياس الاتجاه نحو التدخين لأعضاء الجماعة التجريبية قبل وبعد إجراء التدخل المهني عند مستوي معنوية (٠,٠١).

وهذا يثبت صحة الفرض الفرعي الثاني الذي يشير إلى أنه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل (الجانب الانفعالي والوجداني) لدى الشباب نحو التدخين".

جدول رقم (٤)

يوضح الدلالات الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية في البعد الثالث

لمقياس الاتجاه نحو التدخين (الجانب السلوكي)

م	درجات القياس القبلي للجماعة التجريبية س١	درجات القياس البعدي للجماعة التجريبية س٢	الفرق بين القياسين ف = (س١ - س٢)	انحراف الفروق عن المتوسط ح ف (ف. م ف)	ح ف
١	٣٨	٢٩	٩	١,٨٥ -	٣,٤٢
٢	٤١	٢٨	١٣	٢,١٥	٤,٦٢
٣	٤٢	٢٨	١٤	٣,١٥	٩,٩٢
٤	٣٧	٢٧	١٠	٠,٨٥ -	٠,٧٢
٥	٣٨	٢٩	٩	١,٨٥ -	٣,٤٢
٦	٤٢	٣١	١١	٠,١٥	٠,٠٢
٧	٤٢	٣٠	١٢	١,١٥	١,٣٢
٨	٣٨	٢٧	١١	٠,١٥	٠,٠٢
٩	٣٨	٣١	٧	٣,٨٥ -	١٤,٨٢
١٠	٤٢	٢٨	١٤	٣,١٥	٩,٩٢
١١	٤١	٣٠	١١	٠,١٥	٠,٠٢
١٢	٣٧	٢٨	٩	١,٨٥ -	٣,٤٢

١٣	٤٠	٢٩	١١	٠,١٥	٠,٠٢
مج			١٤١		٥١,٦٦

ت الجدولية عن مستوى معنوية (٠,٠١) = ٢,٦٨١

متوسط الفروق (م ف) = ١٠,٨٥ ت (المحسوبة) = ١٩,٠٣

حيث أن ت (المحسوبة) أكبر من ت (الجدولية) إذن توجد فروق معنوية فيما يتعلق بالبعد الثالث

(الجانب السلوكي) لمقياس الاتجاه نحو التدخين لأعضاء الجماعة التجريبية قبل وبعد إجراء التدخل المهني

عند مستوي معنوية (٠,٠١)

وهذا يثبت صحة الفرض الفرعي الثالث الذي يشير إلى انه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات

دلاله إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل (الجانب السلوكي)

للسباب نحو التدخين".

جدول رقم (٥)

يوضح الدلالات الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية

لمقياس الاتجاه نحو التدخين (ككل)

م	درجات القياس القبلي للجماعة التجريبية س ١	درجات القياس البعدي للجماعة التجريبية س ٢	الفرق بين القياسين ف = (س ١ . س ٢)	انحراف الفروق عن المتوسط ح ف (ف . م ف)	ح ٢ ف
١	١١٤	٨٧	٢٧	٦,٤٦ -	٤١,٧٣
٢	١٢٣	٨٧	٣٦	٢,٥٤	٦,٤٥
٣	١٢٢	٨٣	٣٩	٥,٥٤	٣٠,٦٩
٤	١١٢	٧٩	٣٣	٠,٤٦ -	٠,٢١
٥	١١٣	٧٥	٢٨	٤,٥٤	٢٠,٦١
٦	١٢٧	٩٣	٣٤	٠,٥٤	٠,٢٩
٧	١٢٢	٩٠	٣٢	١,٤٦ -	٢,١٣
٨	١١٧	٨٤	٣٣	٠,٤٦ -	٠,٢١
٩	١١٨	٩٢	٢٦	٧,٤٦ -	٥٥,٦٥
١٠	١٢٧	٨٨	٣٩	٥,٥٤	٣٠,٦٩
١١	١٢٥	٩١	٣٤	٠,٥٤	٠,٢٩
١٢	١١٣	٨٥	٢٨	٥,٤٦ -	٢٩,٨١

١٣	١٢٣	٨٧	٣٦	٢,٥٤	٦,٤٥
مج			٤٣٥		٢٢٥,٢١

ت الجدولية عن مستوى معنوية (٠,٠١) = ٢,٦٨١

متوسط الفروق (م ف) = ٣٣,٤٦ ت (المحسوبة) = ٢٧,٨٨

حيث أن ت (المحسوبة) أكبر من ت (الجدولية) إذن توجد فروق معنوية فيما يتعلق بمقياس الاتجاه

نحو التدخين (ككل) لأعضاء الجماعة التجريبية قبل وبعد إجراء التدخل المهني عند مستوي معنوية

(٠,٠١).

وهذا يثبت صحة الفرض الرئيسي الذي يشير إلى انه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة

إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل اتجاه الشباب نحو التدخين".

النتائج العامة للدراسة:

١ - أثبتت النتائج صحة الفرض الفرعي الأول الذي يشير إلى أنه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل (الجانب المعرفي) لدى الشباب نحو التدخين"، فقد انخفضت درجات الأعضاء في القياس البعدي عنه في القياس القبلي ووجد أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولية مما يعني وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي وفي ذلك دلالة على فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام الذي استخدمه الباحث.

٢ - أثبتت النتائج صحة الفرض الفرعي الثاني الذي يشير إلى أنه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل (الجانب الانفعالي والوجداني) لدى الشباب نحو التدخين"، فقد انخفضت درجات الأعضاء في القياس البعدي عنه في القياس القبلي ووجد أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولية مما يعني وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي وفي ذلك دلالة على فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام الذي استخدمه الباحث.

٣ - أثبتت النتائج صحة الفرض الفرعي الثالث الذي يشير إلى أنه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل (الجانب السلوكي) لدى الشباب نحو التدخين"، فقد انخفضت درجات الأعضاء في القياس البعدي عنه في القياس القبلي ووجد أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولية مما يعني وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي وفي ذلك دلالة على فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام الذي استخدمه الباحث.

٤ - أثبتت النتائج صحة الفرض الرئيسي الذي يشير إلى أنه: "من المتوقع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة

إحصائية بين استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة وتعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين"، فقد انخفضت درجات الأعضاء في القياس البعدي عنه في القياس القبلي ووجد أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولية مما يعني وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي وفي ذلك دلالة على فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز على المهام الذي استخدمه الباحث.

توصيات الدراسة:

- استخدام نموذج التركيز على المهام بأساليبه وخطواته المهنية بما يمكن من تعديل اتجاهات الشباب نحو التدخين، وذلك يتطلب إعداد دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال مكافحة التدخين على استخدامه.
- أهمية قيام الجمعيات الأهلية بعمل شبكة لمكافحة التدخين على النطاق المحلي والقومي للاستفادة من تنوع خبراتها وتكامل جهودها، مع التعاون مع المؤسسات الحكومية المعنية بمكافحة التدخين.
- العمل على تكثيف دور الإعلام لتوضيح مخاطر التدخين التي لا تظهر عادة إلا على المدى البعيد، والتركيز على آليات العلاج والمؤسسات التي يمكن اللجوء إليها لتقديم العون للمدخنين.
- العمل على تضافر الجهود وتوافر الإمكانيات المادية والبشرية للتعامل مع مشكلة التدخين من كافة جوانبها نظرا لتعدد وتداخل عناصرها.
- التوعية بالأطر التشريعية المرتبطة بمكافحة التدخين وتفعيل عقوباتها مع تنشيط دور لجان الرصد والابلاغ التابعة لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لوزارة الأسرة والسكان بما يمكن من تكوين قاعدة واقعية عن حجم المشكلة ورصد انتهاكات القانون كمدخل للتصدي للظاهرة.

مراجع الدراسة:

- ١ - اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا، طبعة جديدة ومنقحة ٢٠٠٤م، ص ٣.
- ٢ - قسم مكافحة التبغ لدى الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة، المنشورة الإعلامية رقم (٦) "وقف التدخين".
- ٣ - اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، مرجع سبق ذكره، ص ١.
- ٤ - لطفي الشربيني: مشكلات التدخين، الإسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٩م، ص ١٥.
- 5- <http://en.wikipedia.org/wiki/Smoke>
- ٦ - انظر كلا من:
 - Chivers. Laura L.; & Others: Effects of Initial Abstinence and Programmed Lapses on the Relative Reinforcing Effects of Cigarette Smoking. Journal Article. Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 41 N. 4 PP 481- 497. 2008. ERIC (EJ 823780)
 - محمد على البار: هل التبغ والتدخين من المحرمات؟، المملكة العربية السعودية، جدة، دار المنارة، ط ٢، ١٩٩٤م.
 - عبد المنعم شحاتة محمود: سيكولوجية التدخين (البدء، الاستمرار، الامتناع)، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٨م، ص ٣٧.

7- <http://www.kaheel7.com/modules.php?name=News&file=article&sid=1274>

8- Gary E. Swan and Christina N. Lessov - Schlaggar: The Effects of Tobacco Smoke and Nicotine on Cognition and the Brain. From the issue entitled "Special Issue-- Alcohol and Drug Dependence: Brain Mechanisms and Behavioral Impact". European. Vol. 14. Issue 1. March 1971. PP 29- 37

٩- فريد على فايد: استخدام أسلوب لعب الدور في خدمة الفرد في علاج مشكلة التدخين "دراسة تجريبية مطبقة على طلاب التعليم الثانوي الفني التجاري"، بحث منشور في المؤتمر العلمي التاسع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٦م.

10- Wikipedia, the free encyclopedia. Tobacco smoking

11- Centers for Disease Control and Prevention - Your Online Source for Credible Health Information: Fact Sheet: Eastern Mediterranean Region" Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Egypt, and Fact Sheet In: http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/emr/2011/Egypt_factsheet.htm

١٢- محمد عزمي صالح: التأصيل الإسلامي لرعاية الشباب، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الصحوة للنشر، ١٩٨٥م، ص ٤٥.

١٣- رياض أمين الحمزاوي: العلاقة بين مشكلات الشباب الجامعي والمشاركة في التنمية، بحث منشور، المؤتمر العلمي الثالث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة "فرع الفيوم"، ١٩٩٠م.

١٤- أحمد السنهوري وآخرون: الخدمة الاجتماعية مع الشباب، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع،

١٩٩١م، ص ٢٥.

١٥- محمد سلامة غباري: الخدمة الاجتماعية في المجتمعات الإسلامية، الإسكندرية، المكتب الجامعي

الحديث، ط ٢، ١٩٨٩م، ص ٨٣.

١٦- عبد الفتاح دويدار: علم النفس الاجتماعي "أصوله ومبادئه"، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية،

١٩٩٨م، ص ١٥١.

١٧- هدي أحمد كمال: استخدام نموذج التركيز على المهام مع جماعات الشباب وتحقيق أهداف التنمية

البيئية "دراسة تجريبية مقارنة بمركز شباب عابدين"، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية،

جامعة حلوان، ١٩٩٨م، ص ٣٦٤.

١٨- جلال الدين عبد الخالق: الملامح المعاصرة للموقف النظري في طريقة العمل مع الحالات الفردية

"الحدود والمعالجة"، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠م، ص ٥٣.

١٩- حنان عبد الرحمن يحيى: معوقات ممارسة مدخل التركيز على المهام بالمجال المدرسي نحو نموذج تصوري

لمواجهتها من منظور خدمة الفرد، المؤتمر العلمي الثالث عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة

حلوان، ج ٣، ٢٠٠٠م، ص ٢٨٥.

٢٠- محمد سيد فهمي استخدام نموذج التركيز على المهام في تهيئة الجانحات للتوافق مع البيئة بعد الإفراج

عنهن، المؤتمر العلمي الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٥م، ص ٧٢.

٢١- سوسن عبد الونيس إبراهيم: فعالية الاتجاه السلوكي من منظور خدمة الفرد في علاج مشكلة التدخين

لدي تلاميذ المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة

حلوان، ١٩٩٢م.

22- Dewalt. Mark W.: The Relationship between Youth Group Participation and Use of Tobacco and Drugs. N/A. 1992. ERIC (ED350375)

23- Danalyhne. M.: The Relationship of low family Support Depression and Peer Smoking to Adolescent Tobacco use. Clinical Psychology Dissertation Abstracts International. 1993. Vol. 54. No. 55.

24- Kathryn. N.: Daily Stress and Smoking. Clinical psychology Dissertation Abstracts International. 1994. Vol. 54. No. 10.

25- Velentich Mary: Social Work and Development Free Society. Journal Article. Social Work. Vol. 39. 1994.

26- Obyrne K. Haddock C. et al.: Parenting Style and Adolescent Smoking. Journal of Adolescent Health. 2002. Vol. 30. N. 6.

٢٧- زينب محمد سالم: الدوافع النفسية والاجتماعية لتدخين السجائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد

الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ٢٠٠٢م.

٢٨- حنان حسن أحمد: اتجاه الطالبات نحو مشكلة تدخين الفتيات ودور مقترح لخدمة الفرد لمواجهتها،

بحث منشور في المؤتمر العلمي السابع عشر، المجلد الثالث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة

حلوان، في الفترة من ٢٤ - ٢٥ مارس ٢٠٠٤م.

٢٩- فريد على فايد: استخدام مرجع سبق ذكره.

٣٠- أماني البيومي درويش: استخدام تكتيكات المناقشة الجماعية. لتغيير اتجاهات المدخنين نحو التدخين

"دراسة تجريبية مطبقة على وحدة الإقلاع عن التدخين بمستشفى أم المصريين العام"، بحث منشور

في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد العشرين، الجزء الثاني، أبريل

٢٠٠٦م.

31- Chalela. Patricia & Others: Social Influences, and Attitudes and Beliefs

Associated with Smoking among Border Latino Youth. Journal

Article. Journal of School Health. V77 N 4 PP 187- 195 Apr 2007.

ERIC (EJ756543)

32- Smith. Dennis W. & Others: Confirming tile Structure of the "Why Do

You Smoke?" Questionnaire: A Community Resource for Adolescent

Tobacco Cessation Journal Article. Journal of Drug Education. V 38

N 1 PP 85- 95 2008. ERIC (EJ791909)

33- Arora. Monika & Others: Associations Between Tobacco Marketing and

Use Among Urban Youth in India. Journal Article. American Journal

of Health Behavior. V 32 N 3 PP 283- 294 May- Jun 2008. ERIC

(EJ785407)

34- Kasapoglu. Aytul: Ozerkmen. Neemetin: Predictors of Adolescent

Cigarette Smoking Behavior: A Sociological Case Study in Ankara.

Turkey. Journal Article. Journal of Child & Adolescent Substance

Abuse. V 17 N 4 PP 115- 132 Aug 2008. ERIC (EJ835063)

35- Bowles. Hannah & Others: Helping Teenagers Stop Smoking

"Comparative Observations across Youth Settings in Cardiff". Journal

Article. Health Education Journal. V 68 n 2 p 111- 118 2009. ERIC

(EJ842310)

36- Whipple. Kerry & Others; Dowd. Deborah: Assessing Support for Campus Tobacco Policy in Tobacco Country. Journal Article. Health Educator. V 42 N 1 PP 3- 11 Spr 2010. ERIC (EJ897773)

37- Torabi. Mohammad R. & others: Tobacco, the Common Enemy and a Gateway Drug: Policy Implications. Journal Article. ICHPER-SD Journal of Research. V 5 N 1 pp 37- 44 Spr - Sum 2010. .ERIC (EJ897773)

38- Geier. Christine S. & Bogner. Franz X.: Student - Centred Anti-Smoking Education; Comparing a Classroom-Based and an Out -of-School Setting. Journal Article. Learning Environments Research. V 13 N 2 PP 147- 157 Jul 2010. ERIC (EJ887197)

٣٩- حياة رضوان علي: فعالية نموذج التركيز على المهام في علاج المشكلات الاجتماعية لمرضي سرطان

المثانة، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٣م.

٤٠- محمد سيد فهمي: مرجع سبق ذكره.

٤١- نورهان منير حسن فهمي: استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة لتنمية المهارات

الاجتماعية للمكفوفين، المؤتمر العلمي الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان،

٢٠٠١م.

٤٢- علي علي التمامي: استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة للتخفيف من حدة

مشكلات فتيات مدارس الفصل الواحد" دراسة مطبقة على مدرسة أتريب للفصل الواحد بمدينة

بنها، المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ج ٢،

٢٠٠٥م.

43- Patten. Christi A. & Others: Focus Groups of Alaska Native Adolescent Tobacco Users: Preferences for Tobacco Cessation Interventions and Barriers to Participation. Journal Article. Health Education & Behavior. V 36 N 4 PP 711- 723 2009. ERIC (EJ849570)

٤٤ - توفيق نصحي علي: استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة للتخفيف من حدة بعض

المشكلات الاجتماعية المترتبة على التحديات العالمية المعاصرة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية

التربية جامعة الأزهر، ٢٠١٠م.

٤٥ - أنظر ملحق رقم (١).

٤٦ - أنظر كلا من:

- سامية حافظ: رؤية الشباب لبعض القضايا الاجتماعية المعاصرة، بحث منشور في مجلة علم النفس، العدد

(١١)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٩م.

- <http://www.un.org/esa/population/publications/countryprofile/egypt.pdf>

47- Fairchild Henery Pratt. Dictionary of Sociology. N.Y. Philosophical Library. Inc.. 1944. P. 5.

48- <http://www.betmuhallam.com/vb/showthread.php?p=41421>

٤٩ - إدارة الثقافة الصحية بوزارة الصحة والسكان: مكافحة التدخين، القاهرة، الهيئة العامة لشئون المطابع

الأميرية، ١٩٩٠م، ص ٤.

50- <http://www.betmuhallam.com/vb/showthread.php?p=41421>.

٥١ - أنظر كلا من:

- ماجي وليم: ظاهرة التدخين عند المراهقين والمراهقات "دوافعها النفسية والاجتماعية"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، ١٩٨٤م.

- Silloway. Torey; Szekely. Amanda: Tobacco Settlement Revenue: Recent State Actions and Opportunities for Youth Programs. Issue Note. Finance Project. 2008. ERIC (ED501505)

52- <http://www.betmuhallam.com/vb/showthread.php?p=41421>

٥٣ - أحمد الحجي الكردي: بحوث وفتاوى فقهية معاصرة، المملكة العربية السعودية، دار البشائر الإسلامية، ط ٢، ٢٠٠٦م.

٥٤ - - مجدي مفيد جرس: نموذج لدراسة استطلاعية على طلاب إحدى المدارس الثانوية للغات بالقاهرة، بحث منشور في المؤتمر العلمي للإدمان والتنمية، كلية الآداب، جامعة المنوفية، ١٩٩٣م.

٥٥ - أنظر كلا من:

- محمد على البار: مرجع سبق ذكره، ص ٢٩.

- <http://www.betmuhallam.com/vb/showthread.php?p=41421>

٥٦ - أنظر كلا من: الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة، قسم مكافحة التبغ، المنشورة الإعلامية رقم: (١) "فرض الضرائب على التبغ"، (٢) "سياسة حظر التدخين"، (٣) "حظر الإعلان الدعائي"، (٤) "توسيم وتغليف علب منتجات التبغ"، (٥) "الحملات الإعلامية في وسائل

الإعلام الواسعة الانتشار"، (٦) "وقف التدخين".

٥٧- المعجم الوجيز: القاهرة، مجمع اللغة العربية، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم، ج. م. ع، ٢٠٠٥ م.

ص ص ٢٧٥ - ٢٧٦.

58- Albert. R. Roberts And Kenneth R. Yeager: Foundations of Evidence. Based Social Work practice. oxford University press. Inc; N.Y. 2006. pp 252- 253.

٥٩- ممدوح محمد دسوقي: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية باستخدام نموذج التركيز على المهام في

مواجهة مشكلات المتدربين بمراكز التكوين المهني، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة

الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ١٩٩٧ م، ص ١٢.

٦٠- هدي أحمد كمال: مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٦٢ - ٢٦٤.

٦١- علي علي علي التمامي: مرجع سبق ذكره، ص ١١.

٦٢- أنظر كلا من:

- جلال الدين عبد الخالق: "مرجع سبق ذكره، ص ٢٧٤.

- William J. Reid: Task Centered Social Work. in Francis. J. Turner. Social Work treatment. Third Edition. N. Y. The Free Press. 1986. PP 271- 279.

٦٣- عرفات زيدان خليل: نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد والتخفيف من أحداث الحياة الضاغطة

لدي الأمهات الأرمال، المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ج

٣، ٢٠٠٣م، ص ١٣٤.

٦٤- حنان عبد الرحمن يحيي: مرجع سبق ذكره، ص ٢٨٨.

٦٥- هدي أحمد كمال: مرجع سبق ذكره، ص ٣٧٤.

66- Laura. Epstein: Helping people. The Task centered approach. 2nd Edition. Columbia Merrill publishing Company. 1988. P. 11.

٦٧- يسري سعيد حسنين: نموذج التركيز على المهام في خدمة الجماعة والتخفيف من حدة الضغوط

الحياتية للشباب الجامعي في عصر المعلومات، بحث منشور في المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية

الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ٢٠٠٥م، ص ٦٤٦.

٦٨- سلامة منصور محمد عبد العال: "نحو دور مقترح لطريقة خدمة الفرد من منظور نموذج التركيز على

المهام في علاج مشكلات الطلاب المتفوقين دراسيا، المؤتمر العلمي السابع عشر، كلية الخدمة

الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الثالث، ٢٠٠٤م. ص ١٥٣٢.

٦٩- هدي أحمد كمال: مرجع سبق ذكره، ص ٣٧٦ - ٣٧٧.

٧٠- يسري سعيد حسنين: مرجع سبق ذكره، ص ٦٤٦.

٧١- على حسين زيدان: نماذج ونظريات معاصرة في خدمة الفرد القاهرة، دار المهندس للطباعة، ٢٠٠٦م،

ص ١٥٧ - ١٦٠.

٧٢- سلامة منصور محمد عبد العال: مرجع سبق ذكره، ص ١٥٣٢ - ١٥٣٣.

٧٣- إحسان ذكي عبد الغفار وآخرون: خدمة الفرد بين النظرية والتطبيق، القاهرة، مركز نور الإيمان،

١٩٩٨م، ص ٩١.

٧٤- علي حسين زيدان: مرجع سبق ذكره، ص ص ١٦١ - ١٦٢.

٧٥- حنان عبد الرحمن يحيي: مرجع سبق ذكره، ص ٢٨٩.

٧٦- أنظر كلا من:

- علي حسين زيدان: مرجع سبق ذكره، ص ص ١٦٥ - ١٦٨.

- خالد صالح صالح محمود: فاعلية نموذج التركيز على المهام في التخفيف من حدة النزاعات الزوجية

للمتزوجين حديثا، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، ٢٠٠١م، ص ١٤١.

- William. J. Reid and Laura Epstein: Task centered case work. N. Y. Columbia University Press. 1997. P. 1552.

- يسري سعيد حسنين، عبد المجيد نيازي: مهارات العمل مع الجماعات في الخدمة الاجتماعية، بحث

منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة

حلوان ١٩٩٩م. ص ٣٢٦.

٧٧- محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٢م، ص ص

٣٠ - ٣١.

٧٨- أحمد ذكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان، ص ٣٠.

٧٩- أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة

الجامعية، ٢٠٠٠م، ص ٤٨.

٨٠ - انظر كلا من:

- Richard A. Kalish: The Psychology of Human Behavior. Fifth Edition. California. Books. Cole Publishing Company. 1983. P. 394.
- Michael Argyales and Andrew M. Golman Social Psychology. London. Longman Group Limited. 1995.. p. 2.
- Terrell G. Williams: Consumer Behavior Fundamentals and Strategies. St. Paul. West Publishing Company. 1982.. P. 145.

- عبد الفتاح دويدار: مرجع سبق ذكره، ص ١٧١.

- ماهر محمود عمر: سيكولوجية العلاقات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠١، ص

١٦٨.

81- Gun R. Semin Klaus Fiedler: Applied Social Psychology. London. SAGE Publications LTD. 1996. p. 5.

82- John C.Brigham: Social Psychology. Second Edition. New York. Harper Collins Publishers. 1991. PP. 134- 136.

٨٣ - محمد بن أبي بكر عبد القادر الرازي: مختار الصحاح، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة الثقافة الدينية،

١٩٨٦م، ص ٣٤٩.

٨٤ - أحمد بن محمد على المقرئ: المصباح المنير، القاهرة، دار المعارف بمصر، ١٩٧٧م، ص ٣٠٢.

85- Webster: New World Dictionary. Cleveland. N. Y.. The World Publishing Company. 1969. P. 696.

٨٦ - إبراهيم مذكور وآخرون: معجم العلوم الاجتماعية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٧٥م،

ص ٢١٩.

٨٧- محمد عزمي صالح: مرجع سبق ذكره، ص ٤٥.

٨٨- كرم محمد الجندي وعبد الرحمن صوفي عثمان: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب، كلية الخدمة

الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٥م، ص ١٨.

٨٩- محمد شمس الدين احمد: العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مطبعة يوم

المستشفيات، ١٩٨٠م، ص ٢٢٥.

٩٠- حامد عبد السلام زهران: علم النفس الاجتماعي، القاهرة، عالم الكتب، ٢٠٠٠م، ط ٦، ص ص

٣٥٨ - ٣٦١.

٩١- أنظر كلا من:

- سيد أبو بكر حسانين: طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية،

١٩٨٤م، ص ٢٢٠.

- <http://www.shbabmisr.com/?xpage=view&EgyxpID=10942>

- سيد رجب السيد: ماذا فعل البرلمان للشباب؟ "موقف البرلمان من قضايا الشباب"، أعمال المؤتمر السنوي

الثالث لبرنامج الدراسات البرلمانية الشباب أم النواب"، البرنامج البرلماني، جامعة القاهرة، كلية

الاقتصاد والعلوم السياسية، ٢٠٠٤م، ص ١١٠.

٩٢- أنظر ملاحق الدراسة (ملحق رقم ٢): مقياس الاتجاه نحو التدخين.

٩٣- قام بالتحكيم على المقياس كلا من السادة: أ. د/ أحمد السكري "أستاذ التخطيط الاجتماعي وعميد المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة السابق" - أ. د/ فؤاد المواني "أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنصورة- أ. م. د/ مصطفى المغاوري "أستاذ مساعد بقسم خدمة الجماعة بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة- أ. م. د/ محمد عبد الرزاق "أستاذ مساعد ورئيس قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع بكلية التربية جامعة الأزهر- د/ عصام عبد الوهاب "المشرف على البرامج الوقائية بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لوزارة الأسرة والسكان"، أ/ محمد علام "المنسق بقسم التوعية والتثقيف بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي".

٩٤- انظر ملاحق الدراسة (ملحق رقم ٣): نموذج لتقرير دوري للجماعة التجريبية.

ملحق رقم (٢)

مقياس الاتجاه نحو التدخين

م	العبارات	دائما	أحيانا	نادرا
(أ) الجانب المعرفي				
١	اعتقد أن التدخين لا يضر بالصحة			
٢	شراء السجائر إضاعة للأموال			
٣	الشخص المدخن غير أمين على نفسه			
٤	تدخين السجائر يؤدي إلى الادمان			
٥	الشخص المدخن يؤثر على صحة من حوله			
٦	اعتقد أن الحديث عن مضار التدخين فيه مبالغة شديدة			
٧	يحرّم الدين إيداء النفس بالتدخين.			
٨	التدخين يؤثر سلبا على الإنفاق داخل الأسرة			
٩	التدخين غير محرم شرعا			
١٠	تتسع علاقات الفرد الاجتماعية عندما لا يكون مدخن			
١١	المدخن أكثر قدرة على أداء أعماله بكفاءة			
١٢	يستمر الفرد في التدخين لعدم قناعته بأضراره المستقبلية			
١٣	يساعد التدخين على احساس الفرد بالسعادة			
١٤	حملات التوعية بالتدخين لا فائدة منها			

١٥	يعبر التدخين عن ارتفاع المستوى الاقتصادي للمدخن		
(ب) الجانب الوجداني الانفعالي:			
١٦	أحب التدخين لأنه يشعرني بذاتي		
١٧	أشعر بالسعادة عندما أدخن بجوار زملائي المدخنين		
١٨	استمتع برائحة السجائر لأنها تشعرني بنشوة في بعض المواقف		
١٩	أحب زملائي المدخنين		
٢٠	أفضل التدخين أمام الجنس الآخر		
٢١	التدخين يشعرني بالاستقلالية		
٢٢	أشعر بالخوف عندما يحذرنني أحد من أضرار التدخين		
٢٣	أكره من أراه يدخن		
٢٤	أشعر أن التدخين يساعدني على التركيز		
٢٥	أكره كل شخص يحاول منعي من التدخين		
٢٦	أشعر بضيق شديد عندما لا أستطيع التدخين		
٢٧	أشعر بالسعادة عندما أدخن		
٢٨	التدخين أسلوب للهروب من المواقف المخرجة		
٢٩	أشعر بالقلق على كل من يدخن		
٣٠	أشعر بالسعادة حين تكون السيارة في يدي.		
(ج) الجانب السلوكي			

٣١	أدخن رغبة في تقليد الآخرين		
٣٢	أهرب من مواجهة مشاكل بالتدخين		
٣٣	التدخين يزيد من ثقتي بنفسي		
٣٤	اترك المكان عندما أجد شخص مدخن		
٣٥	أتفاخر أمام زملائي المدخنين		
٣٦	التدخين يجعلني سريع الانفعال		
٣٧	أجرب التدخين لكي أتعرف على مزاياه وعيوبه		
٣٨	من الصعب الاقلاع عن التدخين		
٣٩	أتمنى أن أشارك في برامج التوعية ضد التدخين		
٤٠	يساعدني التدخين على إنجاز عملي بصورة أفضل		
٤١	استمراري في التدخين نتيجة عدم اهتمام أسرتي بي		
٤٢	أبتعد عن أصدقائي المدخنين		
٤٣	أحاول أن أبتعد عن التدخين بكل الوسائل الممكنة		
٤٤	أنهر كل من أجده يدخن		
٤٥	أرفض عرض زملائي لي بالتدخين		

ملحق رقم (٣)

نموذج لأحد التقارير الدورية لاجتماعات أعضاء الجماعة التجريبية

البيانات الأولية:

اليوم والتاريخ: السبت (٣٠/١٠/٢٠١٠م).

مكان الاجتماع: الساحة الشعبية بالحلة الكبرى - محافظة الغربية.

عدد الحاضرين: ١٣ عضواً عدد الغائبين: لا يوجد.

توقيت الاجتماع: الواحدة ظهراً. مدة الاجتماع: ساعتان.

الهدف من الاجتماع:

إكساب أعضاء الجماعة التجريبية جوانب معرفية عن بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة بالتدخين وجوانبه

القانونية.

محتوى الاجتماع:

اتفق الأعضاء على تنفيذ ندوة للتعرف على بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة بالتدخين وجوانبه وأثرها في

الحد من تلك المشكلة، حيث قام الأخصائي الاجتماعي بمساعدة مقرر اللجنة الثقافية (العضو خالد) في

تنفيذ مهمة الاتصال والتنسيق مع المحاضرين حول موضوع الندوة، حيث تم التنسيق مع الدكتور/ نبيل مكرم

(المشرف على لجان الرصد والإبلاغ بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لوزارة الدولة للأسرة

والسكان)، وبحضور الأستاذ/ محمد علام (المنسق بقسم التوعية والتثقيف بالصندوق)، والأستاذ الدكتور/

أحمد السكري (رئيس مجلس إدارة الجمعية المصرية للبحوث وتنمية المجتمعات المحلية). كما تم الاتفاق على

أن يتولى العضوان "محمد النجار، محمود" مهمة الحصول على الموافقات الإدارية اللازمة لتنفيذ الندوة. وأن ويتولى الأعضاء "إسلام، إيهاب، طارق" مهمة ترتيب مكان انعقاد الندوة، ويتولى العضو "أحمد، عمرو" مهمة تسجيل الندوة وتقديم تقرير عنها، والعضو "محمد سعيد" مهمة تلاوة آيات من القرآن الكريم لافتتاح الندوة، والأعضاء "الدسوقي، علي، حسام" مهمة إعداد بحث باستخدام الانترنت عن موضوع الندوة لإثراء المناقشة مع الضيوف، على أن يتولى العضو "حازم" رئيس الجماعة مهمة تقديم وإدارة اللقاء.

وقد بدأت الندوة في الموعد المحدد آيات بينات من القرآن الكريم، ثم شكر العضو (حازم) "رئيس الجماعة" الضيوف لتبليتهم دعوة أعضاء الجماعة، كما أعرب (أ. د/ أحمد السكري) عن تقديره للمحاضرين لقبولهم الدعوة للندوة ضمن فعاليات مساعدة أعضاء الجماعة من المتطوعين بالجمعية على الإقلاع عن التدخين.

وقد عبر (أ/ محمد علام) في البداية عن إعجابه بهدف الجماعة وسعي أعضائها للإقلاع عن التدخين وسعاداته بطريقة تنظيمها لنفسها، وأكد أن مشكلة التدخين تعتبر من المشكلات التي تدمر صحة الشباب وبالتالي تؤثر على إنتاجهم ومستقبلهم، وأشار أن التدخين يرتبط ببعض الأفكار الخاطئة التي تنشرها شركات صناعة السجائر وبعض المدخنين والتي لا بد من مناقشتها حتى نعرف خطورتها لأنها مثل "وضع السم في العسل"، حيث أكد الأخصائي أن مناقشة تلك الأفكار وتصحيحها قد يؤدي لتعديل السلوكيات المرتبطة بها، وقد أيد (أ/ محمد) ذلك موضحاً أن من تلك الأفكار الخاطئة مثلاً أن بعض المدخنين يتحجج بأن التدخين يغني عن الأسوأ "يقصدون تعاطي المخدرات" رغم أن تعاطي المخدرات والتدخين كلاهما ضرر وأن التدخين كما يقولون: "هو البوابة الملكية لتعاطي المخدرات"، فأكد العضو (حسام) على كلامه - بعد أن استأذن الأخصائي - قائلاً: "إنه كان يعتقد أن التدخين يزيد من القدرة على التركيز حيث كان يري

أبطال الأفلام يدخلون السيجارة عندما يقوموا بالتفكير في موضوع أو حل قضية فكان يقلدهم"، وأكد العضو (محمود) أنه كان يدخل أيضا وقت المذاكرة، فعقب (أ/ محمد) على أن ذلك الاعتقاد خاطئ والسبب أن النيكوتين له خصائص معقدة حيث يؤدي لشعور المدخن بالتركيز في البداية لكنه يؤدي بعد ذلك إلى الشعور بالخمول، وأشار العضو (الدسوقي) أن كثير من الشباب يدخلون لأن التدخين مظهر من مظاهر الرجولة ويجعل من الشخص جذابا يحبه الناس ولذلك تستخدم السجائر للمجاملات في الأفراح والمأتم "فعقب (أ/ محمد) مؤكدا على أنها فكرة غير سليمة أيضا فنحن نلاحظ أن كثير من الناس ينفرون من المدخنين، وأشار العضو (علي) أن من الأفكار الخاطئة كذلك "أن التدخين يساعد على نسيان الهموم والمشاكل" وأنه سمع كثير من زملائه المدخنين يقولوا: "أننا بنحرق مشاكلنا مع دخان السيجارة" فأكد (أ/ محمد) على كلامه بقوله: أن التدخين يضيف للإنسان مشاكل أخرى هو في غنى عنها، وأكد أنه من الأفكار الخاطئة أيضا أن التدخين ليس إدمانا مع أن الثابت طبيا أن النيكوتين مادة إدمان تجعل من الصعوبة التخلي عن التدخين إلا بالإرادة بحيث يصير الشاب عبدا للسيجارة.

وعقب انتهاء (أ/ محمد) من كلمته شكره (حازم) رئيس الجماعة وقام بتقديم (د/ نبيل) ليتناول الجوانب القانونية لمكافحة التدخين، حيث أكد (د/ نبيل) على أهمية معرفة تلك الجوانب لأن القانون ينظم حقوق وواجبات المواطنين. ونظرا لخطورة التدخين التي أثبتها العلم بشكل قاطع على الإنسان والمحيطين به "التدخين السلبي" - فإن دول العالم اتفقت على مجموعة معاهدات للحد من تلك المشكلة، ومنها "الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ" وسميت بالإطارية لأنها تضع الإطار العام والحد الأدنى من الإجراءات التي لابد أن تقوم بها الحكومات لمكافحة التدخين، والتي دخلت حيز التنفيذ في ٢٥ فبراير ٢٠٠٥م بعد أن أقرها جميع المشاركين في منظمة الصحة العالمية، وأصبح من وقتها على كل حكومة أن تبلور قوانينها

لتناسب مع تلك المعاهدة. وقد ركزت الاتفاقية أكثر من جانب مكافحة التدخين مثل: فرض الضرائب على السجائر، وحظر إعلانات الدعاية لها في الراديو والتلفزيون والانترنت، وإلزام شركات السجائر بوضع عبارة تحذيرية "احترس التدخين يدمر الصحة ويسبب الوفاة" وفي نفس الوقت يجرم القانون على الشركات وضع كلمات مضللة مثل "سجائر خفيفة أو قليلة القطران..."، وكذلك فرض على الدولة القيام بحملات للتوعية في وسائل الإعلام لتوضيح التدخين أضرار التدخين مثل حملة مكافحة التدخين التي نفذها الصندوق في التلفزيون المصري بداية من مارس ٢٠١٠م. ومن المهم أن نعرف أنه أصبح هناك تغريم للمدخنين في الأماكن والمؤسسات الحكومية بحكم قانون ١٥٤ لعام ٢٠٠٧م، والذي يحظر التدخين في وسائل النقل العام والأماكن العامة والمغلقة، وفي المنشآت الصحية والتعليمية والمصالح الحكومية والنوادي ومراكز الشباب، وفي حالة عدم التزام المدير المسئول عن المنشأة بمنع التدخين يعاقب بغرامة لا تقل عن ١٠٠٠ جنية ولا تزيد عن ٢٠٠٠٠ جنية ويعاقب المدخن بغرامة لا تقل عن ١٠ جنية ولا تزيد عن ٥٠ جنيها. كما يحظر الإعلان عن السجائر في الصحف أو الإذاعة أو التلفزيون أو بأي وسيلة أخرى، ويحظر توزيع السجائر في مسابقات أو في صور جوائز أو هدية مجانية مالية أو عينية، كما يحظر بيعها لمن يقل عمره عن ١٨ عاماً، وتنشأ بوزارة الصحة إدارة متخصصة لها صفة الضبطية في تنفيذ القوانين الخاصة بمكافحة أضرار التدخين. وقد أكد (د/ نبيل) على الزام القانون لكل مؤسسة أن تضع بها لوحة في مكان واضح يحدد الغرامات التي تقع على المدخنين.

ثم أشار أنه على الرغم من وجود القانون إلا أن شركات السجائر تتحايل عليه بأساليب مختلفة فمثلاً ترعى مسابقات رياضية "مثل رعاية رالي الإمارات الصحراوي عام ٢٠٠٤م" في محاولة خبيثة للتأكيد أن الرياضيين يدخنون وأن التدخين مرتبط بالبطولات، كما تتحايل بعض المنشآت على القانون فنجدها

تضع لوحة مكتوب عليها "غرفة للتدخين"، وفي بعض الفنادق "توجد غرف لغير المدخنين" ...

وهنا أكد الأخصائي على أهمية قيام الجمعيات الأهلية بالتعاون مع الحكومة في تطبيق القانون حتى يكون وسيلة للتخفيف من انتشار السجائر، وقد أكد العضو (أحمد) على أنه رأي كثير من الناس يدخنوا في المستشفيات، وقال العضو (حسام) أنه رأي أيضا شباب يدخنون في الأندية الرياضية، وتساءل العضو (محمد النجار) عن الدور الذي يمكنهم القيام به لمساعدة الجمعية في تعريف الناس بالقوانين، فشكره (د/ نبيل) وأشار إلى أن هناك لجان قام الصندوق بإنشائها باسم "لجان الرصد والإبلاغ" تساعد في رصد انتهاكات القانون في كل منطقة "مثل الإبلاغ عن الأكشاك التي تبيع السجائر للأطفال دون تسألهم عن عمرهم أو المستشفى التي لا تعاقب المدخنين".

وفي نهاية اللقاء شكر العضو (حازم) "رئيس الجماعة" (أ/ محمد علام. ود/ نبيل مكرم) على المعلومات المفيدة التي استفادها الأعضاء وقام بتلخيص اللقاء في نقاط.

وعقب انصراف الضيوف شكر الأخصائي الأعضاء على التزامهم بمهامهم خلال فترة الإعداد للندوة وأثناء تنفيذها، وكذلك على حسن إنصاتهم وأسئلتهم الجيدة ثم تساءل حول مدي استفادتهم من اللقاء؟ فقال العضو (الدسوقي) إنه استفاد انه عرف أن هناك أفكار كثيرة خاطئة عن التدخين، ووافقه في الرأي كلا من العضوان (علي، حسام)، وأكد العضو (محمد سعيد) أنه سيناقش زملاءه المدخنين بعد ذلك لإقناعهم بخطأ تلك الأفكار، وأكد الأعضاء (إيهاب، محمد النجار، محمود) على رغبتهم في الانضمام إلى لجان الرصد والإبلاغ ليكون لهم دور في مكافحة التدخين، وأكد العضوان (عمرو، إسلام) على أنهم استفادوا معرفة الجوانب القانونية للتدخين وعقوبة المدخنين في المستشفيات والمؤسسات الحكومية، فشكرهم الأخصائي متمنيا أن يستفيدوا من اللقاء في الأنشطة القادمة بحيث يتحول ما عرفوه وفهموه في اللقاء إلى

سلوك يمارسونه في حياتهم داخل وخارج الجماعة، وتم الاتفاق على محتوى الاجتماع التالي، وانتهى الاجتماع.

تحليل التقرير في ضوء عناصره المحددة:

تؤكد الأجزاء المقتطفة والتي تضمنها محتوى التقرير السابق أن الجماعة ما زالت تمر بمرحلة ما قبل النضج (مرحلة الاسترضاء) حيث بدأت استجابة الأعضاء لمهامهم إلى جانب إنجازهم لها، وعلى الجانب الآخر يلاحظ أن هناك زيادة في معدل التفاعل الجماعي الإيجابي البناء فيما بينهم وظهرت استجاباتهم لمهامهم وإنجازهم لها مقارنة بمرحلة البدايات، ولذا فقد تحددت أساليب التدخل المهني المستخدمة في تعديل اتجاهات الأعضاء نحو التدخين في التالي:

- التزم الأخصائي باستخدام تكنيك (النمذجة) ونلاحظ ذلك حينما قدم كلا الضيوف كنموذج يحتذى به الأعضاء، وكذلك الأعضاء الذين شاركوا بفاعلية في تنفيذ المهام الموكلة لهم كنموذج للاقتداء به.
- التزم الأخصائي باستخدام تكنيك (التشجيع) بما يحافظ على تماسك الجماعة، ونلاحظ ذلك حينما شجع الأعضاء، الذين أنجزوا مهامهم بشكل كامل في مرحلة الإعداد للنشاط وفي مرحلة التنفيذ. حيث اعتمد الأخصائي على أسلوب الاستشارة للأعضاء للبحث حول موضوع اللقاء، وتفسير الغموض المرتبط ببعض الأفكار المرتبطة بالتدخين وجوانبه القانونية، كما ركز على توظيف قدرات الأعضاء المختلفة كل حسب قدراته وإمكاناته.
- التزم الأخصائي باستخدام تكنيك (التوجيه) وإعطاء النصيحة للأعضاء حتى تتحول أفكارهم الخاطئة التي تم تعديلها إلى سلوك يمارس يتمثل في الحد من التدخين أو التوقف عنه.
- التزم الأخصائي باستخدام تكنيك (الفهم الواضح) من جانبه لأعضاء الجماعة، وذلك من خلال مساعدة

الأعضاء على فهم الجوانب المختلفة والمخاطر المترتبة على سلوك التدخين.

تعقيب في ضوء محددات القياس:

يلاحظ أنه قد حدث تغيير نسبي في بعض أفكار الأعضاء من حيث:

١ - تعديل بعض أفكار الأعضاء الخاطئة عن التدخين.

٢ - تعديل بعض أفكارهم عن الأبعاد القانونية للتدخين.